seguros mundial®
tu compañía siempre

Compañia Mundial de Seguros S.A.
NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, Bogotá D.C. - Colombia

Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores
www.segurosmundial.com.co

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. Póliza	I 2000644440	No. Anexo		No. Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	Negocio Nuevo			Fecha de expedición	2025-08-06	Suc. expedidora	AGENCIA IBAGUE

Vigencia desde		Vigencia hasta		Días	Vigencia del certificado desde		Vigencia del certificado hasta	
00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23	92	00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23

Tomador	UNION TEMPORAL COOTRANSRIO - VIP WHITE	Ciudad	RIOBLANCO TOLIMA	Nº. Doc. identidad	901967755
Dirección	CL 3 4 30 BRR CENTRO			Teléfono	3124496436
Asegurado	ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL	Ciudad		Nº. Doc. Identidad	
Dirección				Teléfono	
Beneficiario	LOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO LOS DE	Ciudad		Nº. Doc. Identidad	
Dirección				Teléfono	

Objeto de contrato

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EMITE POLIZA PARA EL TOMADOR EN ASUNTO

Nombre del amparo	Suma asegurada $	Valor prima $
COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL	$56,940,000.00	$15,000.00
COLECTIVO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$56,940,000.00	$0.00
COLECTIVO DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	$56,940,000.00	$0.00
COLECTIVO GASTOS MÉDICOS	$56,940,000.00	$0.00
COLECTIVO AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL PARA EL DOCENTE	$1,423,500.00	$0.00
COLECTIVO GASTOS TRASLADO	$1,423,500.00	$0.00
COLECTIVO REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ	$5,000,000.00	$0.00
	Total asegurado	

Intermediarios	Tipo	% participación
D & A AGENCIA DE SEGUROS INTEGRAL LIMITADA	AGENCIAS	100.0

Distribución coaseguro			
Compañía	% participación	Prima	Tipo coaseguro

Convenio de pago	Fecha límite de pago
ANUAL	

Prima bruta	$	13,440,000.00
Descuentos	$	
Extra prima	$	
Prima neta	$	13,440,000.00
Gastos exp.	$	
IVA	$	
Total a pagar	$	13,440,000.00

Condiciones generales de la póliza

Es de obligatorio cumplimiento diligenciar el formulario de conocimiento del cliente, suministrar información veraz y verificable y realizar actualización de datos por lo menos anualmente (circular externa 026 de 2008 superfinanciera). Puedes consultar tu póliza en **www.segurosmundial.com.co**

El tomador y/o asegurado según corresponda, se compromete a pagar la prima dentro de los 30 días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza de acuerdo con el artículo 1068 del código de comercio, modificado por el artículo 82 de la ley 45 de 1990, **la mora en el pago de la prima de la presente póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.**

En mi calidad como tomador de la póliza indicada en esta caratula, manifiesto expresamente que he tenido a mi disposición las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además que, durante el proceso de negociación, anticipadamente me han sido explicadas por la compañía y/o por el intermediario de seguros aquí indicado, sobre las exclusiones y alcances y contenidos de la cobertura, así como las garantías. En virtud de tal entendimiento, las acepto y decido tomar la póliza de seguros contenida en este documento.

Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a seguros mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:

Página web: **www.segurosmundial.com.co** - Correo electrónico: **mundial@segurosmundial.com.co** - Líneas de atención: **Bogotá (+601) 327 4712 - (+601) 327 4713 / Nacional 01 8000 111 935**

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.

Tomador

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

BOGOTÁ (+601) 327 4712 / 13
NACIONAL: 01 8000 111 935

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

Compañia Mundial de Seguros S.A.
NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, Bogotá D.C. - Colombia

Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores
www.segurosmundial.com.co

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. Póliza	2000644440	No. Anexo		No. Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	Negocio Nuevo			Fecha de expedición	2025-08-06	Suc. expedidora	AGENCIA IBAGUE

Vigencia desde		Vigencia hasta		Días	Vigencia del certificado desde		Vigencia del certificado hasta	
00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23	92	00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23

Condiciones particulares

TOMADOR: UNION TEMPORAL COOTRANSRIO - VIP WHITE 2025
ASEGURADOS: ESTUDIANTES BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR EN VEHÍCULO PARTICULAR OTORGADO POR EL MUNICIPIO.
BENEFICIARIOS: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY

¿QUE TE CUBRIMOS?

A CONTINUACIÓN, TE PRESENTAMOS LAS PRINCIPALES COBERTURAS DEL PRODUCTO.

1. MUERTE ACCIDENTAL
SEGUROS MUNDIAL TE CUBRE EN CASO DE MUERTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA SE PRODUCE RESPECTO AL ASEGURADO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON EL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O ENTIDAD FACULTADA PARA HACERLO CONFORME A LA LEY, CON UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

(ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL)

3. DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA, EL ASEGURADO SUFRE UNA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, DIAGNOSTICADA Y COMPROBADA DE CONFORMIDAD CON LA HISTORIA CLÍNICA, SEGUROS MUNDIAL PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA % INDEMNIZACIÓN
1. MUERTE 100%
2. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA 100%
3. PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 100%
4. CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS 100%
5. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS 100%
6. SORDERA TOTAL BILATERAL 100%
7. PÉRDIDA DEL HABLA 100%
8. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA 60%
9. PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO 50%
10. SORDERA TOTAL UNILATERAL 50%
11. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA 50%
12. PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA 50%
13. PÉRDIDA DE UN (1) PIE 40%
14. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA 30%
15. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA 30%
16. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO 25%
17. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE 25%
18. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO 25%
19. COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA 25%
TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA
CLASE DE PÉRDIDA % INDEMNIZACIÓN
20. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO 20%
21. PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE 20%
22. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO 20%
23. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA 20%
24. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA 20%
25. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO 15%
26. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO 15%
27. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO 15%
28. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO 12%
29. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO 10%
30. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO 10%
31. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO 8%
32. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO 8%
33. PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES 8%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. Póliza	2000644440	No. Anexo		No. Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	Negocio Nuevo			Fecha de expedición	2025-08-06	Suc. expedidora	AGENCIA IBAGUE

Vigencia desde		Vigencia hasta		Días	Vigencia del certificado desde		Vigencia del certificado hasta	
00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23	92	00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23

Condiciones particulares

34. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO 7%
35. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO 5%

(ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE)

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ POR REEMBOLSO EL VALOR DE LOS GASTOS GENERADOS Y DEBIDAMENTE FACTURADOS, SIN EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO. ESTOS SERVICIOS DEBERÁN SER PRESTADOS POR PROFESIONALES Y ENTIDADES DEBIDAMENTE HABILITADOS.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DEL SOAT.

LOS MEDICAMENTOS Y TERAPIAS FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR EL ACCIDENTE.

5. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:
SI EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER DE FORMA ACCIDENTAL, SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARA HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO EN LA PÓLIZA LOS GASTOS DE ENTIERRO DEL ALUMNO ASEGURADO. ESTE ES UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

6. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE:
SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SE REQUIERE DEL TRASLADO DE UN ALUMNO ASEGURADO (EN AMBULANCIA O TAXI), SE RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO EL VALOR DEL TRASLADO HASTA POR LA SUMA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA.

7. REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE:
SI EL ASEGURADO QUEDA EN ESTADO DE INVALIDEZ A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y ESTE ES DEBIDAMENTE CALIFICADO DE CONFORMIDAD CON LA LEY 100, SEGUROS MUNDIAL RECONOCERÁ HASTA LA SUMA PACTADA PARA ESTE AMPARO LOS GASTOS DE: CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, VALORACIÓN NUTRICIONAL Y SICOLÓGICA, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, RESPIRATORIA Y DE LENGUAJE, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y GASTOS DE CURACIÓN.
ESTA COBERTURA OPERA POR REEMBOLSO

8. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:
LA ASEGURADORA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA DE 1 SMDLV (SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE) POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONSECUTIVO DIAGNOSTICADO POR EL MÉDICO TRATANTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO OCURRIDO DURANTE EL TRAYECTO DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

EL LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO A PAGAR SERÁ DE 40 SMMLV.
CONOCE LAS CONDICIONES DE TODAS NUESTRAS COBERTURAS EN EL CLAUSULADO GENERAL DEL PRODUCTO * ¿QUE NO TE CUBRIMOS?

LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN ESTA PÓLIZA NO SE PAGARÁN SI LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CAUSAS:

a) HERNIAS, VARICES O EVENTRACIONES U OCLUSIONES INTESTINALES.

b) PARTICIPACIÓN EN ACTOS DELICTUOSOS O QUE ALTEREN EL ORDEN PÚBLICO, TALES COMO HUELGAS, MANIFESTACIONES PÚBLICAS, ASONADAS, GUERRA, MOTÍN, INSURRECCIÓN O ACTO ALGUNO RELACIONADO CON LOS MISMOS.

c) SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO.

d) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE EN VUELO.

e) ACCIDENTES AÉREOS QUE SUFRA EL ASEGURADO VIAJANDO COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, O EN VUELOS ESPECIALMENTE FLETEADOS Y EN GENERAL, EN CUALQUIER TIPO DE VUELO NO REGULAR.

f) FENÓMENOS SÍSMICOS O VOLCÁNICOS, INUNDACIONES O LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA, FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

g) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS O COMPETENCIAS UTILIZANDO ANIMALES, VEHÍCULOS TERRESTRES, ACUÁTICOS, AÉREOS O DURANTE ENTRENAMIENTO PARA ESTAS PRUEBAS.

h) POR LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE DROGAS HEROICAS, ALUCINÓGENAS O ESTUPEFACIENTES.

i) PRÁCTICA DEL TOREO, ARTES MARCIALES, EQUITACIÓN O BOXEO.

j) MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VINCULADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORE A CUALQUIER CUERPO ARMADO, MUNDIAL SEGUROS LE DEVOLVERÁ LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACIÓN DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADA A PRORRATA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

Compañia Mundial de Seguros S.A.
NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, Bogotá D.C. - Colombia

Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores
www.segurosmundial.com.co

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. Póliza	2000644440	No. Anexo		No. Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	Negocio Nuevo			Fecha de expedición	2025-08-06	Suc. expedidora	AGENCIA IBAGUE

Vigencia desde		Vigencia hasta		Días	Vigencia del certificado desde		Vigencia del certificado hasta	
00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23	92	00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23

Condiciones particulares

k) LAS AFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, COMO, POR EJEMPLO, MALARIA, TIFO EXAN TEMÁTICO, FIEBRE AMARILLA.

l) ACTOS MALINTENCIONADOS O DOLOSOS DE OTRA PERSONA, SALVO EL CASO QUE SE DECLARE POR SENTENCIA EJECUTORIADA COMO HOMICIDIO CULPOSO O LESIONES PERSONALES CULPOSAS.

m) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONMOCIONES CIVILES QUE REVELAN EL CARÁCTER DE REBELIÓN POPULAR, PODER MILITAR O USURPACIÓN.

n) ACTOS DE TERRORISMO.

OFERTA ECONÓMICA
AMPAROS VALOR ASEGURADO

MUERTE ACCIDENTAL 40 SMMLV $56.940.000

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE 40 SMMLV $56.940.000

DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE 40 SMMLV $56.940.000

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE 40 SMMLV $56.940.000

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL $1.423.500

GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE $1.423.500

REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ POR ACCIDENTE $5.000.000

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE 40 SMMLV $56.940.000

PRIMA POR ASEGURADO $ 15.000

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD $ 300.000.000

SOLO OPERA PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCURRIDOS EN EL VEHÍCULO PARTICULAR AUTORIZADO PARA REALIZAR TRANSPORTE ESCOLAR Y DURANTE LOS TRAYECTOS DEL ASEGURADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SU DOMICILIO Y VICEVERSA.

LAS PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES A PASAJEROS NO REEMPLAZAN A LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL QUE PIDE EL DECRETO 170-171-172-174-175 DEL 2001 Y/O DEMÁS PÓLIZAS OBLIGATORIAS QUE LLEGARAN A SER REQUERIDAS, LO ANTERIOR DEBIDO A QUE NUESTRA COMPAÑÍA NO COMERCIALIZA PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DE PASAJEROS VEHÍCULOS TERRESTRES.

¿QUE HACER EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CUALQUIER COBERTURA?

CONSULTA LOS REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

UNA VEZ PRESENTADOS TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS SEGUROS MUNDIAL INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE, AUN, EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
CONOCE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE TU OFERTA

COMERCIALIZACIÓN DEL PRODUCTO: MANDATORIO
GRUPO MÍNIMO DE ASEGURADOS: 5

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: MÍNIMA INGRESO: 1 AÑO
MÁXIMA INGRESO: 69 AÑOS Y 364 DÍAS
PERMANENCIA HASTA 75 AÑOS Y 364 DÍAS

¿QUE PERSONAS NO PODREMOS ASEGURAR?

NO SON PERSONAS ASEGURABLES, CLIENTES REPORTADOS EN LA LISTA OFAC Y/O CUALQUIER OTRA LISTA VINCULANTE PARA COLOMBIA, O AQUELLAS PERSONAS QUE DENTRO DEL DUE DILLIGENCE QUE EFECTÚA LA COMPAÑÍA SE ENCUENTREN VINCULADAS EN ACTIVIDADES AL MARGEN DE LA LEY, DELITOS O SITUACIONES CONEXAS CON ACTIVIDADES ILÍCITAS O DELICTIVAS.

¿QUE DOCUMENTOS NECESITAS PARA ADQUIRIR TU SEGURO?

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (SARLAFT) DEBIDAMENTE DILIGENCIADO
COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TOMADOR
RUT O CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO MAYOR A 30 DÍAS.
FORMATO DE RELACIÓN DE ASEGURADOS DILIGENCIADO EN EXCEL (SOLICÍTALO A TU ASESOR COMERCIAL)

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

Compañia Mundial de Seguros S.A.
NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, Bogotá D.C. - Colombia

Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores
www.segurosmundial.com.co

PÓLIZA DE SEGURO **DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

VERSIÓN CLAUSULADO 15-04-2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I

No. Póliza	2000644440	No. Anexo		No. Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	Negocio Nuevo			Fecha de expedición	2025-08-06	Suc. expedidora	AGENCIA IBAGUE

Vigencia desde		Vigencia hasta		Días	Vigencia del certificado desde		Vigencia del certificado hasta	
00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23	92	00:00 Horas del	2025-07-23	00:00 Horas del	2025-10-23

Condiciones particulares

FORMA DE PAGO

ESTA PÓLIZA SERÁ DE FACTURACIÓN CONTADO. PAGO INMEDIATO.

¿DONDE PUEDES CONSULTAR LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE PRODUCTO?

PARA TODA CONDICIÓN QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA LO CONSIGNADO EN LAS CONDICIONES GENERALES RADICADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, MEDIANTE CÓDIGO: 15/04/2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I EL CUAL SE ENCUENTRA EN NUESTRA PÁGINA WEB

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

CONTENIDO

CLÁUSULA		Pág.
PRIMERA	Definiciones	3
SEGUNDA	Amparos	4
TERCERA	Pago de Indemnizaciones	16
CUARTA	Revocación	16
QUINTA	Prescripción	17
SEXTA	Reclamaciones	17
SÉPTIMA	Notificaciones	17
OCTAVA	Disposiciones Legales	17

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

15/04/2021-1317-P-31-PPSUS3R000000057-D00I
15/04/2021-1317-NT-P-31-NTPSUS3R00000058

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



CLAUSULA PRIMERA – DEFINICIONES

1. ¿QUE ES UN ACCIDENTE?

Para los efectos de la presente póliza se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible, imprevisto y repentino, que cause lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento, siempre que no sea causado voluntariamente por el asegurado.

2. ¿QUE PERSONAS NO ASEGURABLES?

No son personas asegurables, clientes reportados en la lista OFAC y/o cualquier otra lista vinculante para Colombia, o aquellas personas que dentro del due dilligence que efectúa la compañía se encuentren vinculadas en actividades al margen de la ley, delitos o situaciones conexas con actividades ilícitas o delictivas.

3. ¿ QUIÉN ES EL TOMADOR?

Persona jurídica que contrata el seguro.

4. ¿QUIÉN ES EL ASEGURADO?

Personal a cargo del tomador de la póliza.

5. ¿CUALES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA?

Edad mínima de ingreso 18 años
Edad máxima de ingreso 69 años y 364 días
Edad permanencia hasta los 75 años y 364 días

6. ¿CUÁL ES LA FORMA DE PAGO?

Esta póliza será de facturación Anual, semestral, trimestral o mensual a convenir con el tomador.

Pago 30 Días contados a partir del inicio de la vigencia de cada documento de cobro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLAUSULA SEGUNDA – AMPAROS

AMPARO BÁSICO

1. MUERTE ACCIDENTAL

1.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

El presente seguro cubre la **muerte accidental*** del asegurado siempre y cuando sea como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, y el fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha del accidente.

*** Muerte Accidental** Aquella muerte ocasionada con ocasión de un evento externo, súbito, imprevisto, repentino o violento que no haya sido provocado deliberadamente.

1.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la muerte accidental sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o **eventraciones*** u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Suicidio o tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo

*** Eventración** f. Med. Salida de las vísceras, principalmente de los intestinos y epiplón, del interior del vientre, por una herida que rasga la pared abdominal o por debilitación de esta pared.

1.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad para los menores de edad, ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

AMPAROS ADICIONALES

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

2.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza, y dentro de los ciento ochenta días (180) siguientes a la fecha de su ocurrencia se produce respecto al asegurado una incapacidad total y permanente diagnosticada y comprobada de conformidad con el dictamen de la junta de calificación de invalidez o entidad facultada para hacerlo conforme a la ley, con una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, Seguros Mundial pagará la suma asegurada contratada.

El presente amparo es excluyente con el amparo de desmembración accidental.

2.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Hernias, varices o eventraciones u oclusiones intestinales.

b) Participación en actos delictuosos o que alteren el orden público, tales como huelgas ilegales, manifestaciones públicas, asonadas, guerra, motín, insurrección o acto alguno relacionado con los mismos.

c) Tentativa de suicidio.

d) Accidentes que sufra el asegurado actuando como miembro de la tripulación de cualquier aeronave en vuelo.

e) Accidentes aéreos que sufra el asegurado viajando como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros, o en vuelos especialmente fleteados y en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.

f) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g) Participación en carreras o competencias utilizando animales, vehículos terrestres, acuáticos, aéreos o durante entrenamiento para estas pruebas.

h) Por los efectos del alcohol o de drogas heroicas, alucinógenas o estupefacientes.

i) Práctica profesional del toreo, artes marciales, equitación o boxeo.

j) Mientras el asegurado se encuentre vinculado en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el asegurado fuere llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, Mundial Seguros le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

k) Las afecciones producidas por picaduras de insectos, como por ejemplo, malaria, tifo exan temático, fiebre amarilla.

l) Actos malintencionados o dolosos de otra persona, salvo el caso que se declare por sentencia ejecutoriada como homicidio culposo o lesiones personales culposas.

m) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmociones civiles que revelan el carácter de rebelión popular, poder militar o usurpación.

n) Actos de terrorismo.

2.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE UNA MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

3. DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

3.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza y dentro de los ciento ochenta días (180) calendario siguientes a la fecha de su ocurrencia, el asegurado sufre una desmembración accidental, diagnosticada y comprobada de conformidad con la historia clínica, Seguros Mundial pagará el valor asegurado contratado de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones:

TABLA PORCENTUAL POR PÉRDIDA		
	CLASE DE PÉRDIDA	**% INDEMINZACIÓN**
1	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2	PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	100%
3	CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
4	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
5	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
6	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
7	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO	50%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
11	PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA DE UN (1) PIE	40%
13	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
15	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
16	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
18	COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	25%
19	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
20	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
23	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
24	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
25	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
26	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
27	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	12%
28	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
29	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
30	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
31	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
32	PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
33	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
34	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de comprobar que el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización para el miembro superior dominante.

Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad conforme con el concepto del médico calificador, comparándolas con las aquí indicadas.

Cualquier indemnización pagada con motivo de una desmembración e inhabilitación será tomada en cuenta y por lo tanto deducida de la indemnización por el amparo básico de muerte, y el amparo adicional de incapacidad total y permanente, que pudiera dar lugar el mismo accidente.

Este amparo no es acumulable con el amparo de incapacidad total y permanente por accidente.

3.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la desmembración por accidente del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 2.2.**

3.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE SUFRIR DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Calificación de invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

4.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, el asegurado requiere dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y cuidado de enfermería a juicio del médico tratante, Seguros Mundial reconocerá por reembolso el valor de los gastos generados y debidamente facturados, sin exceder el límite del valor asegurado en este amparo. Estos servicios deberán ser prestados por profesionales y entidades debidamente habilitados por la autoridad competente.

En caso de accidente de tránsito, este amparo opera en exceso del SOAT

Los medicamentos y terapias formuladas por el médico tratante deberán ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones producidas por el accidente.

4.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

No se pagarán las indemnizaciones si las lesiones sufridas por el asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

- Las exclusiones referidas en el **numeral 3.2.**
- Los gastos derivados de medicina y terapias alternativas y toda clase de prácticas médicas no oficiales.

4.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE?

- Cuanto la cobertura opere por reembolso, se deberán presentar los siguientes documentos:
- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado., según corresponda (mayor o menor de edad)
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

5. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL

5.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

En caso de fallecimiento accidental, Seguros Mundial pagará una suma adicional al valor asegurado contratado del amparo básico de la póliza, valor definido como auxilio en la carátula de la póliza.

5.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se pagarán si la muerte accidental del asegurado es consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos o causas:

Las exclusiones referidas en el **numeral 1.2**

5.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia para el caso de muerte accidental.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia autentica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad o de la cedula de ciudadanía para los mayores de edad. Copia autentica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

6.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado hasta el valor de renta diaria contratada, en el evento que el asegurado como consecuencia de un accidente resulte afectado por una incapacidad temporal domiciliaria o una hospitalización en casa, siempre y cuando haya habido previamente una hospitalización en un hospital o clínica por el mismo evento. Este reconocimiento se hará desde el día sexto (6) del período de incapacidad post hospitalario reclamado, durante los cinco (5) primeros días no habrá pago de la renta.

El valor máximo que Seguros Mundial reconocerá por esta cobertura, será el correspondiente a treinta (30) días calendario, por evento y vigencia anual de esta póliza.

6.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

La indemnización prevista para este amparo adicional, no se pagará cuando la hospitalización sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurra en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y enfermedades o padecimientos por los cuales el asegurado haya sido diagnosticado o por los cuales haya consultado o haya recibido servicio o suministro de medicamentos con anterioridad al ingreso de la póliza. Esta exclusión opera así el padecimiento o la enfermedad haya sido declarada por parte del asegurado antes de ingresar a la póliza.

b) Embarazo, parto, cesárea y/o las complicaciones que surjan de ellos.

c) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

e) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

f) La desmembración, incapacidad o enfermedad causada en el ejercicio de actividades ilícitas.

g) Eventos generados a consecuencia de epidemias o pandemias.

h) Fisión y fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, biológicas o químicas.

i) Accidentes con ocasión de actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada,

motín, conmoción civil o a consecuencia de actos violentos provenientes de la declaratoria de estados de excepción, según la constitución nacional; o actos violentos de protesta o por hallarse el asegurado prestando el servicio militar de cualquier clase.

j) Participación del asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte.

6.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE

7.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado la renta diaria contratada para este amparo, desde el primer día en que el asegurado sea hospitalizado en cuidados intensivos y hasta por diez (10) días calendarios, siempre que la hospitalización en cuidados intensivos del asegurado sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

El período máximo a indemnizar por evento y vigencia anual de esta póliza será de diez (10) días calendario.

El presente amparo es excluyente con el amparo de renta diaria por hospitalización por accidente.

7.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

Las exclusiones referidas en el **numeral 8.2**

7.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i, referente al numeral 8.2.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

8.1. ¿QUÉ ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

Seguros Mundial pagará al asegurado a partir del tercer día de hospitalización por accidente, hasta el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por Hospitalización la estadía en observación de urgencias y /o permanencia en la institución hospitalaria o clínica que supere las seis (6) horas continuas, desde el ingreso en observación de hospitalización. Siempre que el ingreso y salida de hospitalización sean fechas diferentes.

El número máximo de días que la compañía pagará por este amparo será el equivalente a treinta (30) días calendario en uno o varios eventos.

8.2. ¿QUÉ NO ME CUBRE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

a) Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

b) Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.

c) Infecciones producidas por picaduras de insectos.

d) Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos.

e) Cáncer, tumores en la piel, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o VIH.

f) Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.

g) Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.

h) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.

i) Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica, a menos que, el Asegurado haya sido puesto en esta posición por un tercero sin que haya mediado su voluntad.

j) Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).

k) Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

l) Accidentes causados por infracción de norma legal de carácter penal.

m) Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas la tentativa de hurto y de robo, las cuales se encuentran amparadas.

n) Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.

o) Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica profesional del asegurado en algún deporte...

p) Participación del Asegurado en aviación, salvo que se encuentre como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.

q) Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).

r) Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso de que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.

s) Guerra civil o internacional, motín, huelga ilegal, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.

t) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8.3. ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR EN CASO DE REQUERIR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE?

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales con sello de cancelado.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el reclamante en caso de reembolso.
- Certificación bancaria del reclamante
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, para el caso de la exclusión i.

La compañía se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

CLAUSULA TERCERA – PAGO DE INDEMNIZACIONES

En caso de ocurrir alguno de los eventos amparados por la presente Póliza, Seguros Mundial pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado plenamente el derecho del reclamante, conforme a la estipulación anterior.

El pago por muerte se hará al (los) beneficiario(s) del Asegurado previa presentación de los documentos que acrediten el parentesco.

CLAUSULA CUARTA – REVOCACIÓN

La presente Póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a Seguros Mundial con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio.

El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará a corto plazo

Con la antelación que establece el artículo 1071 del Código de Comercio, Seguros Mundial podrá revocarla mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida; en este caso, Seguros Mundial devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

PARAGRAFO 1. El hecho de que Seguros Mundial reciba alguna suma, después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CLAUSULA QUINTA – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLAUSULA SEXTA – RECLAMACIONES

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado dará aviso a Seguros Mundial sobre la ocurrencia del siniestro a través del correo electrónico **siniestrosvidagrupoyaccidentesp@segurosmundial.com.co.**

Al presentar la reclamación, el beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la utilización de todos los medios probatorios legalmente establecidos en la ley Colombiana.

CLAUSULA SEPTIMA– NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito, con excepción de lo dicho en la cláusula séptima para el aviso del siniestro, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo certificado dirigido a la última dirección registrada en las partes. Para tal efecto, en la carátula de la póliza se indica la dirección de Seguros Mundial para la notificación.

CLAUSULA OCTAVA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los efectos contemplados en el presente clausulado, la presente póliza y sus anexos se regirán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

Colectivo

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281003

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JOSE NORBERTO	Apellidos	SEGURA GONZALEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281003
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111337147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FABIAN ADRIEL	Apellidos	GUZMAN GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111337147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281340

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FRANCISCO ALIRIO	Apellidos	ENCISO SALCEDO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281340
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341422

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALEJANDRO	Apellidos	DEVIA FRANCO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341422
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111334980

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE ALDEVIER	Apellidos	GARCIA RUBIO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111334980
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.768.500	$ 70.800

TOTAL PAGADO:	**$ 417.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341954

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALBEIRO	Apellidos	LOAIZA GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341954
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
02																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	29	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.376.050
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 220.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 220.200**

SALUD			
Dias	29	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.376.050
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 55.100
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 55.100**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	29	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.376.050
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 59.900**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	29	4,000 %	$ 1.376.050	$ 55.100

TOTAL PAGADO:	**$ 390.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111333030

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRAN FABIAN	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111333030
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006156560

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ANDRES FELIPE	Apellidos	LOPEZ GARZON
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006156560
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYNER	Apellidos	LOPEZ TRIANA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1001051391

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	PEDROZA CHIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1001051391
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1012337021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHAN ALEXIS	Apellidos	NIETO SORIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1012337021
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159201

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YEISON	Apellidos	ARIAS PEREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159201
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281743

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILDER FABIAN	Apellidos	YATE HERNANDEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281743
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111339999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DAGOBERTO	Apellidos	OTAVO DIAZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111339999
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	3	4,000 %	$ 142.350	$ 5.700

TOTAL PAGADO:	**$ 352.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335614

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHN JANER	Apellidos	CASTAÑEDA TAMAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335614
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155913

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRED	Apellidos	ALDANA MORENO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155913
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1106784431

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	EDWIN FABIAN	Apellidos	RAMIREZ CELIS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1106784431
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342160

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DUVAN ANDRES	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342160
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
01																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93451039

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS ANGEL	Apellidos	QUEZADA RAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93451039
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14276205

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ALVARO	Apellidos	FIERRO BETANCOURT
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14276205
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006158724

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DANIEL	Apellidos	TRIANA RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006158724
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1193496224

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	MELQUIFIDEL	Apellidos	SANCHEZ SILVA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1193496224
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335957

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981760292**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687987048		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GUISBUR AHIAN	Apellidos	CASTAÑEDA GAITAN
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335957
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 6458420

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYDER	Apellidos	MONA MUÑOZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	6458420
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1007288175

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CRISTIAN STEVEN	Apellidos	LASSO LIZCANO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1007288175
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
05																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	26	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.233.700
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 197.400
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 197.400**

SALUD			
Dias	26	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.233.700
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 49.400
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 49.400**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	26	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.233.700
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 53.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	26	4,000 %	$ 1.233.700	$ 49.400

TOTAL PAGADO:	**$ 349.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159390

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHONATAN CAMILO	Apellidos	VILLA LUNA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159390
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14280845

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN PABLO	Apellidos	CAVIEDES MENDOZA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14280845
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111340729

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	OSCAR ANDRES	Apellidos	ESCOBAR CORDOBA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111340729
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1010007780

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHON JAIRO	Apellidos	RAMIREZ POVEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1010007780
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14277269

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	RAUL	Apellidos	PINTO CARDENAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14277269
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342395

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GERSON DAVID	Apellidos	BARRERA ENRIQUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342395
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006157104

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	MENDEZ BONILLA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006157104
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14279360

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YAMID	Apellidos	CARRILLO CASTILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14279360
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281298

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	11 - ADMINISTRATIVOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981774633**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687980963		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	OSPINA CARRILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281298
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281298

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	11 - ADMINISTRATIVOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986113139**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764778856		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	OSPINA CARRILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281298
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14279360

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YAMID	Apellidos	CARRILLO CASTILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14279360
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281003

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE NORBERTO	Apellidos	SEGURA GONZALEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281003
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111337147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	FABIAN ADRIEL	Apellidos	GUZMAN GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111337147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281340

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FRANCISCO ALIRIO	Apellidos	ENCISO SALCEDO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281340
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341422

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	DARWIN ALEJANDRO	Apellidos	DEVIA FRANCO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341422
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111334980

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE ALDEVIER	Apellidos	GARCIA RUBIO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111334980
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.768.500	$ 70.800

TOTAL PAGADO:	**$ 417.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341954

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALBEIRO	Apellidos	LOAIZA GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341954
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
02																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 220.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 220.200**

SALUD		Administradora	NUEVA EPS CM
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 55.100
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 55.100**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 59.900**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	29	4,000 %	$ 1.376.050	$ 55.100

TOTAL PAGADO:	**$ 390.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111333030

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRAN FABIAN	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111333030
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006156560

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ANDRES FELIPE	Apellidos	LOPEZ GARZON
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006156560
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYNER	Apellidos	LOPEZ TRIANA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1001051391

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	PEDROZA CHIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1001051391
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1012337021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JOHAN ALEXIS	Apellidos	NIETO SORIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1012337021
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159201

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YEISON	Apellidos	ARIAS PEREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159201
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281743

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	WILDER FABIAN	Apellidos	YATE HERNANDEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281743
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111339999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DAGOBERTO	Apellidos	OTAVO DIAZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111339999
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230201- PROTECCION		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	3	4,000 %	$ 142.350	$ 5.700

TOTAL PAGADO:	**$ 352.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335614

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHN JANER	Apellidos	CASTAÑEDA TAMAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335614
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155913

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRED	Apellidos	ALDANA MORENO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155913
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1106784431

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EDWIN FABIAN	Apellidos	RAMIREZ CELIS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1106784431
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342160

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DUVAN ANDRES	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342160
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
01																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93451039

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS ANGEL	Apellidos	QUEZADA RAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93451039
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14276205

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ALVARO	Apellidos	FIERRO BETANCOURT
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14276205
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006158724

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DANIEL	Apellidos	TRIANA RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006158724
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1193496224

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	MELQUIFIDEL	Apellidos	SANCHEZ SILVA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1193496224
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335957

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GUISBUR AHIAN	Apellidos	CASTAÑEDA GAITAN
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335957
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	1	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 6458420

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYDER	Apellidos	MONA MUÑOZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	6458420
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1007288175

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	CRISTIAN STEVEN	Apellidos	LASSO LIZCANO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1007288175
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
05																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 197.400
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 197.400**

SALUD		Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 49.400
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 49.400**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 53.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	26	4,000 %	$ 1.233.700	$ 49.400

TOTAL PAGADO:	**$ 349.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159390

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JHONATAN CAMILO	Apellidos	VILLA LUNA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159390
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14280845

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN PABLO	Apellidos	CAVIEDES MENDOZA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14280845
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111340729

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	OSCAR ANDRES	Apellidos	ESCOBAR CORDOBA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111340729
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1010007780

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHON JAIRO	Apellidos	RAMIREZ POVEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1010007780
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14277269

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	RAUL	Apellidos	PINTO CARDENAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14277269
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342395

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	GERSON DAVID	Apellidos	BARRERA ENRIQUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342395
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006157104

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	MENDEZ BONILLA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006157104
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111335881		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4.350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1106770291		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RAMIREZ GONZALEZ OSCAR DANIEL	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14280975		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RONCANCIO RAMIREZ DIEGO ALEXANDER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1110485122		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					ALBARRACIN CELIS EDIER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010164224		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUZMAN REYES FRADY ANCIZAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS037		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006129619		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					RIVERA MARIN HENRY ROBINSON	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1135954083		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUTIERREZ GUTIERREZ JOSE EINAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	ESSC62		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASMET SALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006157353		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					DUCUARA AYALA LUIS ALBERTO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111337850		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					GUEJIA SANCHEZ LUIS FERNEY	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14280718		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					NARVAEZ GUTIERREZ WILLIAN	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111336532		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					HERNANDEZ MONTIEL CARLOS EDUARDO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF46	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00	Residente		Exonerado	S	ARAGON MARTINEZ CELSO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	MIN001		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ADRES MIN001	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111337850		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUEJIA SANCHEZ LUIS FERNEY	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1,423,500	25-14		16 %	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1,423,500	$ 62,000	CCF48	4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010164224		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					GUZMAN REYES FRADY ANCIZAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tran. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tran. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30						F	$ 1,423,500	231001		16 %	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	EPS037		4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1,423,500	$ 62,000	CCF48	4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111336532		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					HERNANDEZ MONTIEL CARLOS EDUARDO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	NARVAEZ GUTIERREZ WILLIAN	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 -
Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1110485122		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					ALBARRACIN CELIS EDIER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006157353		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					DUCUARA AYALA LUIS ALBERTO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14277068		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					ARAGON MARTINEZ CELSO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	MIN001		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ADRES MIN001	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1135954083		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUTIERREZ GUTIERREZ JOSE EINAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**							**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	ESSC62		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASMET SALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1106770291		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					RAMIREZ GONZALEZ OSCAR DANIEL	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	RONCANCIO RAMIREZ DIEGO ALEXANDER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006129619		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RIVERA MARIN HENRY ROBINSON	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																									Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111335881		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281003

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JOSE NORBERTO	Apellidos	SEGURA GONZALEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281003
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111337147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FABIAN ADRIEL	Apellidos	GUZMAN GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111337147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281340

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FRANCISCO ALIRIO	Apellidos	ENCISO SALCEDO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281340
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341422

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALEJANDRO	Apellidos	DEVIA FRANCO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341422
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111334980

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE ALDEVIER	Apellidos	GARCIA RUBIO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111334980
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.768.500	$ 70.800

TOTAL PAGADO:	**$ 417.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341954

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALBEIRO	Apellidos	LOAIZA GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341954
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
02																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	29	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.376.050
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 220.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 220.200**

SALUD			
Dias	29	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.376.050
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 55.100
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 55.100**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	29	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.376.050
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 59.900**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	29	4,000 %	$ 1.376.050	$ 55.100

TOTAL PAGADO:	**$ 390.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111333030

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRAN FABIAN	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111333030
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006156560

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ANDRES FELIPE	Apellidos	LOPEZ GARZON
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006156560
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYNER	Apellidos	LOPEZ TRIANA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1001051391

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	PEDROZA CHIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1001051391
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1012337021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHAN ALEXIS	Apellidos	NIETO SORIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1012337021
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159201

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YEISON	Apellidos	ARIAS PEREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159201
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281743

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILDER FABIAN	Apellidos	YATE HERNANDEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281743
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111339999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DAGOBERTO	Apellidos	OTAVO DIAZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111339999
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	3	4,000 %	$ 142.350	$ 5.700

TOTAL PAGADO:	**$ 352.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335614

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHN JANER	Apellidos	CASTAÑEDA TAMAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335614
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155913

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRED	Apellidos	ALDANA MORENO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155913
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1106784431

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	EDWIN FABIAN	Apellidos	RAMIREZ CELIS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1106784431
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342160

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DUVAN ANDRES	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342160
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
01																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93451039

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS ANGEL	Apellidos	QUEZADA RAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93451039
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14276205

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ALVARO	Apellidos	FIERRO BETANCOURT
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14276205
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006158724

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DANIEL	Apellidos	TRIANA RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006158724
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1193496224

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	MELQUIFIDEL	Apellidos	SANCHEZ SILVA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1193496224
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335957

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981760292**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687987048		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GUISBUR AHIAN	Apellidos	CASTAÑEDA GAITAN
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335957
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 6458420

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYDER	Apellidos	MONA MUÑOZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	6458420
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1007288175

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CRISTIAN STEVEN	Apellidos	LASSO LIZCANO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1007288175
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
05																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	26	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.233.700
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 197.400
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 197.400**

SALUD			
Dias	26	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.233.700
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 49.400
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 49.400**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	26	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.233.700
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 53.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	26	4,000 %	$ 1.233.700	$ 49.400

TOTAL PAGADO:	**$ 349.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159390

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHONATAN CAMILO	Apellidos	VILLA LUNA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159390
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14280845

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN PABLO	Apellidos	CAVIEDES MENDOZA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14280845
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111340729

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	OSCAR ANDRES	Apellidos	ESCOBAR CORDOBA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111340729
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1010007780

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHON JAIRO	Apellidos	RAMIREZ POVEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1010007780
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14277269

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	RAUL	Apellidos	PINTO CARDENAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14277269
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342395

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GERSON DAVID	Apellidos	BARRERA ENRIQUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342395
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006157104

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	MENDEZ BONILLA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006157104
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14279360

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YAMID	Apellidos	CARRILLO CASTILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14279360
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281298

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	11 - ADMINISTRATIVOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981774633**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687980963		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	OSPINA CARRILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281298
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281298

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	11 - ADMINISTRATIVOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986113139**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764778856		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	OSPINA CARRILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281298
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14279360

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YAMID	Apellidos	CARRILLO CASTILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14279360
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281003

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE NORBERTO	Apellidos	SEGURA GONZALEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281003
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111337147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	FABIAN ADRIEL	Apellidos	GUZMAN GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111337147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281340

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	FRANCISCO ALIRIO	Apellidos	ENCISO SALCEDO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281340
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341422

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	DARWIN ALEJANDRO	Apellidos	DEVIA FRANCO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341422
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111334980

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOSE ALDEVIER	Apellidos	GARCIA RUBIO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111334980
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.768.500	$ 70.800

TOTAL PAGADO:	**$ 417.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111341954

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DARWIN ALBEIRO	Apellidos	LOAIZA GARCIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111341954
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
02																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 220.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 220.200**

SALUD		Administradora	NUEVA EPS CM
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 55.100
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 55.100**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	29	IBC	$ 1.376.050
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 59.900**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	29	4,000 %	$ 1.376.050	$ 55.100

TOTAL PAGADO:	**$ 390.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111333030

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRAN FABIAN	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111333030
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006156560

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ANDRES FELIPE	Apellidos	LOPEZ GARZON
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006156560
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155147

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYNER	Apellidos	LOPEZ TRIANA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155147
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1001051391

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	PEDROZA CHIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1001051391
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1012337021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JOHAN ALEXIS	Apellidos	NIETO SORIA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1012337021
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159201

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YEISON	Apellidos	ARIAS PEREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159201
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14281743

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	WILDER FABIAN	Apellidos	YATE HERNANDEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14281743
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335586

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	YONATHAN	Apellidos	BRIÑEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335586
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111339999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DAGOBERTO	Apellidos	OTAVO DIAZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111339999
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230201- PROTECCION		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	3	4,000 %	$ 142.350	$ 5.700

TOTAL PAGADO:	**$ 352.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335614

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOHN JANER	Apellidos	CASTAÑEDA TAMAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335614
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006155913

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	WILFRED	Apellidos	ALDANA MORENO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006155913
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1106784431

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EDWIN FABIAN	Apellidos	RAMIREZ CELIS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1106784431
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342160

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DUVAN ANDRES	Apellidos	CAVIEDES RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342160
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
01																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93451039

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS ANGEL	Apellidos	QUEZADA RAYO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93451039
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14276205

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ALVARO	Apellidos	FIERRO BETANCOURT
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14276205
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006158724

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DANIEL	Apellidos	TRIANA RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006158724
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1193496224

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	MELQUIFIDEL	Apellidos	SANCHEZ SILVA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1193496224
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111335957

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	12 - CONDUCTORES BUSETEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7986222671**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Dias de Mora	4	Fecha Pago	2025/09/09
Número Autorización	1764839256		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	GUISBUR AHIAN	Apellidos	CASTAÑEDA GAITAN
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111335957
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	1	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 6458420

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EYDER	Apellidos	MONA MUÑOZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	6458420
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

SALUD			
Administradora	EPS037-NUEVA EPS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 176.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1007288175

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	CRISTIAN STEVEN	Apellidos	LASSO LIZCANO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1007288175
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
05																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 197.400
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 197.400**

SALUD		Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 49.400
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 49.400**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	26	IBC	$ 1.233.700
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 53.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	26	4,000 %	$ 1.233.700	$ 49.400

TOTAL PAGADO:	**$ 349.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006159390

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JHONATAN CAMILO	Apellidos	VILLA LUNA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006159390
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	ESSC62-ASMET SALUD EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14280845

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN PABLO	Apellidos	CAVIEDES MENDOZA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14280845
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	231001-COLFONDOS
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111340729

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	OSCAR ANDRES	Apellidos	ESCOBAR CORDOBA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111340729
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	231001-COLFONDOS		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD			
Administradora	EPS002-SALUD TOTAL		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA		
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1010007780

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JHON JAIRO	Apellidos	RAMIREZ POVEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1010007780
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14277269

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	RAUL	Apellidos	PINTO CARDENAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14277269
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	231001-COLFONDOS
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 227.800
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 227.800**

SALUD		Administradora	EPSIC6-PIJAOSALUD EPSI
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Dias	30	IBC	$ 1.423.500
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	4	**Total Aporte**	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1111342395

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	GERSON DAVID	Apellidos	BARRERA ENRIQUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1111342395
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1006157104

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	COOTRANSRIO		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	890702924
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	CALLE 3 4-30	Teléfono	2256045
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de combustible
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	13 - CONDUCTORES DE CAMPEROS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**7981784401**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	julio / 2025	Periodo Cotización Salud	agosto / 2025
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2025/08/08
Número Autorización	1687976569		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	LUIS EDUARDO	Apellidos	MENDEZ BONILLA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1006157104
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 1.423.500	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.423.500
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 227.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 227.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 1.423.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 57.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 57.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Clase de Riesgo	IV	IBC	$ 1.423.500
Centro de Trabajo	4	Tarifa	4,350 %
		Total Aporte	**$ 62.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	4,000 %	$ 1.423.500	$ 57.000

TOTAL PAGADO:	**$ 403.800**

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111335881		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4.350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1106770291		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RAMIREZ GONZALEZ OSCAR DANIEL	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14280975		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RONCANCIO RAMIREZ DIEGO ALEXANDER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1110485122		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					ALBARRACIN CELIS EDIER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010164224		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUZMAN REYES FRADY ANCIZAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS037		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006129619		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					RIVERA MARIN HENRY ROBINSON	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1135954083		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUTIERREZ GUTIERREZ JOSE EINAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	ESSC62		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASMET SALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006157353		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					DUCUARA AYALA LUIS ALBERTO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111337850		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					GUEJIA SANCHEZ LUIS FERNEY	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14280718		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					NARVAEZ GUTIERREZ WILLIAN	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111336532		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					HERNANDEZ MONTIEL CARLOS EDUARDO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF46	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-05, 09:20:51 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79066324

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202508

Cliente:

PAGADA 2025-08-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	12
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00	Residente		Exonerado	S	ARAGON MARTINEZ CELSO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	2	2	2	2		F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	MIN001		4 %	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 94.900	$ 4.200	CCF48	4 %	$ 94.900	$ 3.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ADRES MIN001	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 4.200	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111337850		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUEJIA SANCHEZ LUIS FERNEY	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1,423,500	25-14		16 %	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1,423,500	$ 62,000	CCF48	4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010164224		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					GUZMAN REYES FRADY ANCIZAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tran. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tran. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30						F	$ 1,423,500	231001		16 %	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	EPS037		4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1,423,500	$ 62,000	CCF48	4 %	$ 1,423,500	$ 57,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111336532		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					HERNANDEZ MONTIEL CARLOS EDUARDO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	NARVAEZ GUTIERREZ WILLIAN	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPSIC6		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS PIJAOSALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 -
Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1110485122		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					ALBARRACIN CELIS EDIER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006157353		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					DUCUARA AYALA LUIS ALBERTO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14277068		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					ARAGON MARTINEZ CELSO	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	MIN001		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ADRES MIN001	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1135954083		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUTIERREZ GUTIERREZ JOSE EINAR	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**							**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	ESSC62		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASMET SALUD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1106770291		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					RAMIREZ GONZALEZ OSCAR DANIEL	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	231001		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	RONCANCIO RAMIREZ DIEGO ALEXANDER	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006129619		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RIVERA MARIN HENRY ROBINSON	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																									Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 11:32:12 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 79598379

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-09-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE HERRERA COOTRANSHERRERA LTDA				
Documento	NI 900081649	**Dirección**	CR 7 #1 - 7 CORREGIMIENTO HERRERA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3207165		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	13
Ciudad	RIOBLANCO	**Departamento**	TOLIMA		
Representante Legal	VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	**Identificación**	CC 1111335881		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1111335881		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					VARGAS QUINTERO DARWIN ANDRES	73616000 - 73		TOLIMA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	14-11	4	4,350 %	$ 1.423.500	$ 62.000	CCF48	4 %	$ 1.423.500	$ 57.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	ARL SURA	COMFATOLIMA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 62.000	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

	DEPARTAMENTO DEL TOLIMA **ALCALDIA MUNICIPAL DE RIOBLANCO** **SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL-COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN** **2024-2027**	**CÓDIGO: 130**

ACTA No.	01	FECHA:	DD	MM	AA	HORA:	10:30 AM
			17	05	2024		

OBJETIVO DE LA REUNION:	SOLICITUD CONFORMACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA VEEDURIA CIUDADANA
LUGAR:	MUNICIPIO DE RIOBLANCO TOLIMA
REDACTADA POR:	

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
FERNEY GONZALEZ OCHOA	CORDINADOR DE EDUCACION CULTURA Y DEPORTE	COORDINACION DE EDUCACION
CAMILA ANDREA ROJAS NIETO	AUX ADMINISTRATIVA	COORDINACION DE EDUCACION
DANNYS OSPINOSA	SECRETARIA DE GOBIERNO	GOBIERNO

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Solicitud de conformación de veedurías ciudadanas para el Programa de Transporte Escolar – en el municipio en el municipio de Rioblanco Tolima 2024.
3. Compromisos y varios

DESARROLLO DE LA REUNION:

Se informa a los asistentes la importancia de la conformación de la veeduría ciudadana para el Programa de Transporte Escolar.

Una vez conformada la veeduría del Transporte Escolar se debe enviar la correspondiente acta.

Siendo las 11: 30 Am horas se da por terminada la reunión.

Powered by CamScanner

COMPROMISOS Y TAREAS

COMPROMISOS Y TAREAS
HACER SEGUIMIENTO A QUE SE CUMPLA CON TODO LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO DE TRANSPORTE ESCOLAR 2024 EN RIOBLANCO TOLIMA.
HACER SEGUIMIENTO A QUE LOS NIÑOS BENEFICIADOS DEL TRANSPORTE LOS TRATEN DE BUENA MANERA.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 17 días del mes de MAYO de 2024, en el municipio de Rioblanco Tolima.

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
DANILO ROBAYO	
EDILSON ACOSTA	
JOSE NORALDO HERNANDEZ	

Powered by CamScanner