CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21715491
Nombre	CRUZ URIBE
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
19	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
19	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21714913
Nombre	DORIS MARIA TAMAYO TAMAYO
EPS	Sin EPS
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21714459
Nombre	ELIA LONDOÑO
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21714933
Nombre	FLOR MARINA DE LOS DOLORES PEREZ LOPERA
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21715118
Nombre	ILDA LUCIA PEREZ MAZO
EPS	Sin EPS
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
19	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
19	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	32558717
Nombre	LUZ ADRIANA SERNA PINO
EPS	Sin EPS
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21714954
Nombre	LUZ MERY MONSALVE
EPS	Sin EPS
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1214735133
Nombre	MARCELA POSADA CORREA
EPS	Sin EPS
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
19	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
19	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21431269
Nombre	MARTHA ZAPATA
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1001414229
Nombre	NATALI EUGENIA ECHAVARRIA
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21715186
Nombre	NIDIA ESTELLA AGUDELO GUTIERREZ
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
19	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
19	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	21715002
Nombre	REINA PEREZ
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1128459942
Nombre	SOR MABELLY OQUENDO CHAVARRIA
EPS	Sin EPS
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1040322919
Nombre	TATIANA PEREZ LONDOÑO
EPS	Sin EPS
AFP	COLFONDOS
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
19	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
19	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FUNDACION AFROCOLOMBIANA PASO A PASO
Identificación NI - 900821987
Sucursal 003
Período Pensión 2026-02
Período Salud 2026-03
Fecha Pago Planilla 2026-03-04

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1032261521
Nombre	YESICA ALEJANDRA CUARTAS BENAVIDES
EPS	Sin EPS
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Caja de Compensacion Familiar de Antioquia COMFAMA
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	36570472
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Trabajador de tiempo parcial
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
X	1/02/26																											0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
0	0	0,0000000	$ 0	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
20	1.313.179	0,1600000	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 210.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
20	1.313.179	0,0400000	$ 52.600	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0