aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901628469	5	SUMINISTRO MED SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	NEIVA	KR 43 A N 22 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3185298114	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	60576550	9499659759	E	2026/02/16	2026/02/13	BANCOLOMBIA	0	$1,202,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: NEIVA (3 Afiliados)																						$4,901,810	$784,400			$4,901,810	$196,200			$4,901,810	$196,200			$4,901,810		$25,800		$0	$0		$1,202,600
Centro de Trabajo: NEIVA 5 (3 Afiliados)																						$4,901,810	$784,400			$4,901,810	$196,200			$4,901,810	$196,200			$4,901,810		$25,800		$0	$0		$1,202,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																						$4,901,810	$784,400			$4,901,810	$196,200			$4,901,810	$196,200			$4,901,810		$25,800		$0	$0		$1,202,600
1	CC	7715522	GOMEZ BRAIN							X										230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
2	CC	1003952279	GOMEZ DANIELA	X																25-14	21	$1,400,000	$224,000	EPS037	21	$1,400,000	$56,000	CCF24	21	$1,400,000	$56,000	14-11	21	$1,400,000	0.522%	$7,400	21	$0	$0	Si	$343,400
3	CC	1070616427	RAMIREZ LAURA							X										25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
Total			**Afiliados(3)**																			$4,901,810	$784,400			$4,901,810	$196,200			$4,901,810	$196,200			$4,901,810		$25,800		$0	$0		$1,202,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$784,400	$0	$0	$784,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$504,200	$0	$0	$504,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$25,800	$0	$0	$25,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$25,800	$0	$0	$25,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$196,200	$0	$0	$196,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$196,200	$0	$0	$196,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$196,200	$0	$0	$196,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$70,100	$0	$0	$70,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$126,100	$0	$0	$126,100
TOTAL				**3**	**$1,202,600**	**$0**	**$0**	**$1,202,600**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-13, 02:29:02 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1078744726

Periodo Cotización 202601 **Periodo Servicio** 202602

Cliente:

PAGADA 2026-02-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FUNDACION SENDEROS Y CAMINOS				
Documento	NI 900020277	**Dirección**	CR 2 ESTE #7 - 65		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	8250104		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	MADRID	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal	RIOS GARAVITO YOLANDA	**Identificación**	CC 20735894		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 20735894		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	04					RIOS GARAVITO YOLANDA	25430000 - 25		CUNDINAMARCA

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	0	30	30	30		F	$ 1.200.000	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.750.905	$ 9.200	CCF21	4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	2 %	$ 35.100	3 %	$ 52.600

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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 9.200	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0	$ 385.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900997568-4	COMERCIALIZADORA LA NACIONAL SAS	CLL 14B N 119A71 CA 124	3224750295	comercializadoralanacional@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E		50746916	$229.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	37.400	0		0		0	0	0	0	37.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	149.500	0	0	0	0	0	0		149.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	4.900				4.900	0	0	4.900			49	4.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	37.400	0	0	37.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	37.400	37.400
Pensión	1	149.500	149.500
Riesgos Laborales	1	4.900	4.900
CCF	1	37.400	37.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	229.200	229.200

PAGADO 2026-03-30

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900997568-4	COMERCIALIZADORA LA NACIONAL SAS	CLL 14B N 119A71 CA 124	3224750295	comercializadoralanacional@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E		50746916	$229.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80577276	CAMARGO CASTELLANOS MELVIN STEVE	1	0			S	X	X															230301	933.816	149.500	0	0	0	0	EPS008	933.816	37.400	14-11	933.816	1	4.900	CCF22	933.816	37.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información