PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	890501119
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			COOTRANSUNIDOS
CIUDAD/MUNICIPIO:		OCAÑA DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 44-03 SANTA CLARA	TELÉFONO:	5636464
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	012 - COOTRANSUNIDOS-
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009891218**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		116105618

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	7	$ 2.344.000
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	33	$ 10.618.400
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 370.100
8002248088	230301	230301-PORVENIR	17	$ 5.582.700
		SUBTOTAL:	58	**$ 18.915.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	23	$ 2.005.100
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 83.500
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	2	$ 140.200
8905006756	CCFC50	CCFC50 - COMFAORIENTE	3	$ 176.200
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	5	$ 407.700
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 167.100
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	20	$ 1.673.600
		SUBTOTAL:	56	**$ 4.653.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8905005163	CCF37	CCF37-COMFANORTE	48	$ 3.857.900
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	9	$ 733.400
8923999898	CCF15	CCF15-COMFACESAR	1	$ 70.100
		SUBTOTAL:	58	**$ 4.661.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300086861	14-29	14-29-LA EQUIDAD	58	$ 1.410.100
		SUBTOTAL:	58	**$ 1.410.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 29.640.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 29.640.100**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 88280567
DESDE ENERO 2026 HASTA MARZO 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	890501119	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		COOTRANSUNIDOS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER	
DIRECCION:	CALLE 7 # 44-93 SANTA CLARA TELÉFONO:	5606464	
TIPO APORTANTE:	PI-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	S-MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades regulatorias y fiscalizadoras de la act.	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)?		SI	

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	DÉCULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:		88280567
APELLIDOS:	JAIDIME PEREZ NOMBRES:		ROMAN ALBERTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA DEPARTAMENTO:		NORTE DE SANTANDER
TIPO COTIZANTE:	DEPEND SUBTIPO COTIZANTE:		
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:		NO
TIPO DE SALARIO:	FIJO:		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

PLANILLA No: **6009991218** | TIPO DE PLANILLA: E | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: febrero - 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: marzo - 2026 | FECHA DE PAGO: 09/03/2026 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: | SUCURSAL: | SUCURSAL / DEPENDENCIA APORTANTE: 912 - COOTRANSUNIDOS-EMPLEADOS

	NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
															PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 9.197.123															25-14 COLPENSIONES	4	$ 1.060.952	$ 173.033	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 173.033	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 1.060.952	$ 43.330	$ 0	$ 43.330	54-ZILA EQUIDAD	4	$ 1.060.952		$ 26.493	4	$ 1.060.952	CCF37-COMFANORTE	$ 43.330	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 9.197.123										01-26					25-14 COLPENSIONES	26	$ 4.684.116	$ 749.506	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 749.506	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 4.684.116	$ 187.400	$ 0	$ 187.400	54-ZILA EQUIDAD	26	$ 4.684.116		$ 116.954	26	$ 4.684.116	CCF37-COMFANORTE	$ 187.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.410.300

PLANILLA No: **6004390164** | TIPO DE PLANILLA: E | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: enero - 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: febrero - 2026 | FECHA DE PAGO: 09/02/2026 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: | SUCURSAL: | SUCURSAL / DEPENDENCIA APORTANTE: 912 - COOTRANSUNIDOS-EMPLEADOS

	NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
															PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 6.591.157											01-03				25-14 COLPENSIONES	3	$ 723.886	$ 115.900	$ 3.795	$ 3.795	$ 0	$ 0	Normal	$ 123.590	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 723.886	$ 29.000	$ 0	$ 29.000	54-ZILA EQUIDAD	3	$ 723.886		$ 17.373	3	$ 723.886	CCF37-COMFANORTE	$ 29.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
$ 6.591.157										04-30					25-14 COLPENSIONES	27	$ 7.296.411	$ 1.167.500	$ 36.500	$ 36.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.240.500	EPS005-SANITAS S.A.	27	$ 7.296.411	$ 291.900	$ 0	$ 291.900	54-ZILA EQUIDAD	27	$ 7.296.411		$ 177.800	27	$ 7.296.411	CCF37-COMFANORTE	$ 291.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.183.400

Planilla Pagada
aportesoi
Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____