

7370-2025



compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52259400	CONCEPCION ESPARZA REQUENE	KR 5 110 40 Sur	8105284	CONIALEJO@GMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					1				
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR							
2025-12	2025-12	92453673 \$440.500							

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	No. Autorización	Valor	Valor Mora	No. Afiliados
EPS017	Familianar EPS	83003564-7	178.000	0			0	0	1

TOTALES PENSION									
Código APP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Subsolidaria	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
25-14	Colpatria	8003404-7	227.800	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	88003780-3	34.700			34.700		347	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradora	Valor antes de IGE LMA RP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	178.000	178.000	1
Pensión	1	227.800	227.800	1
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700	1
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500	440.500

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOR UPO
					1 0
PERIODO PAQUID					TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	1	02/01/2026	92453673	\$440.500