

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

7390-2025

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5259400	CONCEPCION ESPANA REQUENE	KR 6 110 40 Sur	8105284	CONIALEID@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO PLANILLA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90757155	\$442.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Valor	No Autorización	Valor	Valor Mora Colización
EPS017	Famisanar EPS	80003964-7	178.000	0	0	0	0	0	600

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Afiliado	Valor Mora Colización
25-14	Colbani	NT	227.800	0	0	0	0	0	800
TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NT	Colización Obligatoria	Incapacidades	Valor Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora Colización
1-11	ARL SURA	NT	34.900	0	0	0	0	0	347
TOTALES C/AS									
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Aporte	Valor Mora Aporte	Valor Mora Aporte	Valor Mora Aporte	Valor Mora Aporte	Valor Mora Aporte

TOTALES PARA SUCURSALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
0	5	0	0	0
0	5	0	0	0
0	5	0	0	0
0	5	0	0	0

TOTALES PARA SUCURSALES				
Tipo Administración	No Afiliados	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
Salud	1	178.000	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800	228.800
Riesgos Laborales	1	34.900	34.900	34.900
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	442.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	52289400	CONCEPCION ESPAÑA REQUEME	KR 5 110 40 Sur	8102284	CONVALE@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCSIBAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMEBAR)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMEBAR)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					IMPUESTOS	PPE
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90757155	\$442.100	

[illegible]

ADAGAL