# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1085250445

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre ó Razón Social | IMEDSUR SAS | | |
| Tipo Identificación | NIT | Número de Identificación | 900363690 |
| Ciudad/Municipio | PASTO | Departamento | NARINO |
| Dirección | CARRERA 30A NO.13-70 B SAN | Teléfono | 7236834 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Mantenimiento y reparación |
| Tipo Aportante | 01-EMPLEADOR | Clase Aportante | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| Forma Presentación | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | **7920093528** | Tipo de Planilla | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros | febrero / 2024 | Periodo Cotización Salud | marzo / 2024 |
| Dias de Mora | 6 | Fecha Pago | 2024/03/27 |
| Número Autorización | 538434856 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | ANA ELIZABETH | Apellidos | LEYTON ESCOBAR |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 1085250445 |
| Tipo cotizante | DEPEND | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : | | | SI |
| Departamento | NARINO | Municipio | PASTO |
| Salario Básico | $ 1.980.000 | Tipo de Salario | FIJO |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL**

| PENSIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | 230301-PORVENIR |
| Tarifa | 16,000 % | IBC | $ 1.980.000 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | Cotización Obligatoria | $ 316.800 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 316.800** |

| SALUD | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | EPS005-SANITAS S.A. |
| Tarifa | 4,000 % | IBC | $ 1.980.000 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Cotización Obligatoria | $ 79.200 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| Valor ADRES | $ 0 | Valor | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 79.200** |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA |
| Clase de Riesgo | II | IBC | $ 1.980.000 |
| Centro de Trabajo | | Tarifa | 1,044 % |
| | | **Total Aporte** | **$ 20.700** |

**APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES**

| Administradora | Dias Cotizados | Tarifa | IBC | Total Aporte |
|---|---|---|---|---|
| CCF35-CCF DE NARINO | 30 | 4,000 % | $ 1.980.000 | $ 79.200 |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 495.900** |
|---|---|