

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14621565

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	CARLOS ANDRES CIFUENTES ROJAS		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	14621565
Ciudad/Municipio	CALI	Departamento	VALLE
Dirección	CALLE 15 N 53-125	Teléfono	3330000
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	01 - DISTRITO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	4649693176	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	marzo / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/08
Número Autorización	9996366845		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	CARLOS ANDRES	Apellidos	CIFUENTES ROJAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	14621565
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	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) :			NO
Departamento	VALLE	Municipio	CALI
Salario Básico	\$ 3.130.400	Tipo de Salario	

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	IBC	\$ 3.130.400
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 500.900
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 500.900

SALUD		Administradora	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS
Días	30	IBC	\$ 3.130.400
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 391.300
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 391.300

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 3.130.400
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	14621565	Total Aporte	\$ 16.400

TOTAL PAGADO:	\$ 908.600
----------------------	-------------------