

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1116797397	LINA HASBLEIDY SALAZAR AGUILERA		CARRERA 18 22 36	6078656554	linasalaznagui09@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ARAUCA	ARAUCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		91421446	24/08/2026	1
				0
PERIODO SALUD			TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2025-06	2025-06	1	\$0	\$169,500

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible][illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportas Otras	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	3.100				3.100	0	0	3.100			51	3.100	1

TOTALES CAJAS		TOTAL a Pagar		No. Atillados	
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IBP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	73.000	73.000
Pensión	1	93.400	93.400
Riesgos Laborales	1	3.100	3.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	169.500	169.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1116797397	LINA HASBLEIDY SALAZAR AGUILERA		CARRERA 18 22 38	6078656554	linasalazaraguil@99@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			ARAUCA	ARAUCA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		91421446	24/05/2026	1
PERIODO SALUD 2026-06	PERIODO PENSIÓN 2026-05	TIPO PLANILLA 1	TOTAL NÓMINA \$0	TOTAL A PAGAR \$169.500

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES						CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres				Colaborador	Exonerado	IMJ	RET	TAR	TDP	VAP	SLH	HGE	LMA	MTC	AJP	WCT	JL	Días	IBC APP	Cód. APP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Colación	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1119797397	SALAZAR AGUILERA LINA ASSLEDY				59	0	Z		X											10	93.400	0	0	0	0	EP5005	593.635	10	-73.000	14-23	593.635	10	3.100	0	0	0	0	0	0	0	0			