

**LA SUSCRITA CONTADORA LILIANA HURTADO GIRALDO
CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 30.330.406
Y TARJETA PROFESIONAL 90441-T**

CERTIFICA QUE:

La FUNDACION NEWMAN con Nit. 900.380.791-1 no tiene vinculado laboralmente ningún personal de planta por lo tanto se encuentra a paz y salvo durante los últimos seis (6) meses, por conceptos de aportes correspondientes a parafiscales y aportes al sistema de seguridad social integral (PILA).

Para constancia se firma en Manizales a los dos (2) días del mes de julio de 2026.



LILIANA HURTADO GIRALDO
Contadora TP 90441 - T



RAZÓN SOCIAL :	ALEJANDRA OSPINA SEPULVEDA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053845941
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-09
FECHA DE PAGO:	2026-06-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37492468
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37492468
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900306004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	880011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/08/2026
----------------------------------	------------

Se certifica que ELIANA IVONQUINTERO ZAPATA identificado(a) con CC 1107039132 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SATTEMP S.A NI 811025401 INDEPENDIENTE.																						
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	re	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	ima	vac	av	vc	ir	vip
2026-06	2026-06	14579650312	9485875660	E	2026-7-26		X															
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC							Cotización									
AFP		PROTECCION		31	16%	\$							\$280.200									
ARL		ARL SURA		31	1.536	\$							\$42.700									
EPS		SALUD TOTAL		31	4%	\$							\$218.900									
0		0		0		TOTAL							\$541.800									

Este certificado se expide el día 2026-01-07 a las 11:21.am



RAZÓN SOCIAL :	LUISA FERNANDA ESCOBAR PINILLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-24336705
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-02
FECHA DE PAGO:	2026-06-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37828459
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37828459
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	600087102	EPS SURA	1	\$ 4.359,027	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 544.900	\$ 544.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 4.359,027	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 697.500	\$ 697.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 4.359,027	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 106.200	\$ 106.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.348.600	\$ 1.348.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	LEIDY XIOMARA JIMENEZ TABORDA
IDENTIFICACIÓN:	CC-24335871
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2026-07-17
FECHA DE PAGO:	2026-06-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641469354
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8682155024
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900196264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 216.900	\$ 216.900
291001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860811153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	JUDDY JASBLEIDY COLORADO NARVAEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-30236785
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-22
FECHA DE PAGO:	2026-06-23
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37505859
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37505859
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EP2002	808130807	SALUD TOTAL	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230201	800229739	PROTECCIÓN	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/08/2026
----------------------------------	------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053780806
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ ATEHORTUA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 41 # 71 A 19 TELÉFONO:	8960651
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - NEWMAN
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6021931926	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		414190376

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

			LIQUIDACIÓN GENERAL			
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
			PENSIÓN			
NIT	CÓDIGO		ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8002279406	231001		231001-COLFONDOS		1	\$ 280.200
			SUBTOTAL:		1	\$ 280.200
			SALUD			
NIT	CÓDIGO		ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8000887022	EPS010		CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 218.900
			SUBTOTAL:		1	\$ 218.900
			RIESGOS PROFESIONALES			
NIT	CÓDIGO		ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 42.700
			SUBTOTAL:		1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1053806214
NOMBRE EMPLEADO	FLORALBA ARROYAVE CORTES
EPS	EPS SURA
APP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Si CCF
ARL	ARL -POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERIODO PENSIÓN	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Si Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3581101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN	IGE	Fecha IGE	Fecha IGE	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA	VAC	Fecha VAC	Fecha VAC	AVP	VCT	Fecha VCT	Fecha VCT	IRL	Fecha IRL	Fecha IRL
																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Numero Autorización	Valor	Numero Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	\$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800



RAZÓN SOCIAL :	MAIRA ALEJANDRA BETANCUR OSPINA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053862892
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-23
FECHA DE PAGO:	2026-06-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641557110
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8608265320
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900196284	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	800011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL:	DIANA MARCELA PEREZ ALTURO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053827457
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-15
FECHA DE PAGO:	2026-06-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641493394
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8639338996
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	80008702	EPS SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230201	800229738	PROTECCION	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	DIANA CAROLINA ROBAYO RESTREPO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1104695765
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-16
FECHA DE PAGO:	2026-06-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641493165
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8619553664
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
231001	800227980	COLFONDOS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.200	\$ 290.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/08/2026
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-30393614 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERÉS	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2026-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	280.200	0	280.200
Periodo salud:	2026-06	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	37566084 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	42.700	0	42.700
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-06-26	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	423142740	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 541.800	

PAGADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	Nº-900360791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-24343979
NOMBRE EMPLEADO	BBIANA NIETO SUAZA
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PROTECCION (ING-PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37580717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERIODO PENSIÓN	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3551101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

NO	Fecha INI	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN inicio	Fecha SLN Fin	IGE	Fecha IGE inicio	Fecha IGE Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT inicio	Fecha VCT Fin	RG	Fecha RG inicio	Fecha RG Fin	
																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solididad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	\$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	N-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-62844992
NOMBRE EMPLEADO	LINA PATRICIA CIFUENTES CORREA
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin DCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERÍODO PENSIÓN	2026-06
PERÍODO SALUD	2026-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	YTE	VST	SLN	Fecha SLN Inico	Fecha SLN Fin	IGE	Fecha IGE Inico	Fecha IGE Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha VAC Inico	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inico	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inico	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot.	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1,750,905	0,1600000	\$ 280,200	\$ 0	\$ 0	\$ 280,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot.	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G.		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1,750,905	0,1250000	\$ 218,900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot.	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1,750,905	0,0243600	\$ 42,700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot.	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280,200	\$ 218,900	\$ 42,700	\$ 0	\$ 541,800

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-30, 10:19:12 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1083121758

Periodo Cotización: junio de 2026

Periodo Servicio: junio de 2026

PAGADO 30/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENNY YULIETH RODAS BUITRAGO				
Documento	CC1053825775	Dirección	CR 23 #23 - 20		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	8754125		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	MANIZALES	Departamento	CALDAS		
Representante Legal		Identificación			

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total	
Identificación	Apeñados y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	IAS	RET	TAS	TAF	TAP	USP	CON	VET	VEN	UNA	VAC	AVP	VCT	IRP	Das AFP	Das EPS	Das AFP	Das EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Movatario	Total
CC 1053825775	RODAS BUITRAGO YENNY YULIETH	99	00																			PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	NUOVA EPS S.A.	\$ 1.750.905	\$ 218.800	ARL SUMA	\$ 1.750.905	\$ 42.700	NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias, Saldo	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.800	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800



RAZÓN SOCIAL:	JEIMY YULIANA GOMEZ VILLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1002633851
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-14
FECHA DE PAGO:	2026-07-02
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37560645
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37560645
TIPO DE PLANILLA:	1

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.750.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	900024806	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 260.200	\$ 260.200
14-23	900011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/08/2026
----------------------------------	------------

FECHA: 30/06/2026

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN NEWMAN

NIT. 900.380.791-1

DEBE A:

NOMBRE (S) Y APELLIDOS	Ricardo Duque Gutierrez
CEDULA	1053865139
DIRECCIÓN	Bajo Tablazo Casa #009
TELÉFONO FIJO Y CELULAR	3205149484
CORREO ELECTRÓNICO	richiduque1@gmail.com
NOMBRE DEL MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO	Manizales - Caldas

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO EDUCADOR FÍSICO DEL CENTRO VIDA RURAL DEL MUNICIPIO DE MANIZALES CALDAS DEL 01 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DEL 2026.

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	VALOR EN LETRAS
\$2'550,000	Dos millones quinientos cincuenta mil

SE SOLICITA REALIZAR EL PAGO DE LA SIGUIENTE FORMA: CONSIGNACIÓN

NÚMERO DE CUENTA	24153212873
TIPO DE CUENTA	Cuenta de Ahorros
ENTIDAD FINANCIERA	Banco Caja Social

NOTA: Para efecto de retención en la fuente aplicable, y conforme a los artículos 383 del Estatuto Tributario y 1.2.4.1.17 del DUT 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO tomaré costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo objeto del presente cobro.

Ricardo Duque

C.C. 1053865139

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053865179		RICARDO DUQUE GUTIERREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Bajo Tablazo Casa #009	MANIZALES-CALDAS	3205169484	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	91384756241	5847319502	1	2026/07/14	2026/06/26	BANCO DE OCCIDENTE	\$541,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANTAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				5	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800

 ASOPAGOS
S.A.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECD	TIPO DE EMPRESA
CC 3433151	0	NORMA ADELLADA ROSERO	1	0	POSITIVA - 14-25	UNICA	6299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCAR
17-496	VEREDA CUCHILLA		8661313			NORMA.ROSERO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIONE	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TÍPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-06	2026-06	3758484	I	2026-06-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	\$41.800	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	3758484	2026-07-14	Pagado							

[illegible]

ASOPAGOS
S.p.A.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARS	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 24330191	0	NORMA ADELARDA ROSERO	1	0	POSITIVA - 14-23	ONICA	6299	Natural
MUN-DEP		DIRECCIÓN		TELEFONO		EMAIL		IDENTO DE PARAFISCAL
17-486		VEREDA CUCHILLA		8961213		NORMA.ROSERO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSION	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-06	2026-06	37966494	I	2026-06-26	TOODS LOS CENTROS	TOODS	TOODS	\$41,860	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37966494	2026-07-14	Pagado							

TOTALES IBC				
IBC PEXION	IBC SALDO	IBC RESGOS	IBC CAJAS	IBC PAVAF
1.750.909	1.750.909	1.750.909	0	

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS007	900156264	2	1	218.900	0	0	0	218.900
ARF(Administradoras: 1)				1	42.700	0	0	0	42.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	42.700	0	0	0	42.700
Gran Total					541.800	0	0	0	541.800



RAZÓN SOCIAL :	MUÑOZ RAMIREZ MARTHA LILIANA
IDENTIFICACIÓN:	CC-30336788
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	independiente
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-01
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-23
FECHA DE PAGO:	2026-06-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641556907
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8652268860
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	80088702	EPS BURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.805	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	803011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.805	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL:	LEIDY CAROLINA ECHEVERRY RAMOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-24344536
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-09
FECHA DE PAGO:	2026-07-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641972772
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8640689225
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800068702	EPS SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.800	\$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-11	890903700	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	ANA MARIA GARAY GARAY
IDENTIFICACIÓN:	CC-1018471612
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-03
FECHA DE PAGO:	2026-07-01
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSION:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37586690
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37586690
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EP9010	890088702	EPS SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/08/2026
----------------------------------	------------

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NB-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-30392501
NOMBRE EMPLEADO	MARTHA EDITH ARBELAEZ PEREZ
EPS	NUOVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APP	PROTECCION (BVG-PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Si CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERIODO PENSIÓN	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

BVG	Fecha BVG	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN Inicio	Fecha SLN Fin	IGE	Fecha IGE Inicio	Fecha IGE Fin	LMA	Fecha LMA Inicio	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha VAC Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	RL	Fecha RL Inicio	Fecha RL Fin

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0.1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Malestar o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0.1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.900	0.0243800	\$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Ilena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1053808117
NOMBRE EMPLEADO	YULIANA AYALA VILLEGAS
EPS	EPS SURA
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CDF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERÍODO PENSIÓN	2026-06
PERÍODO SALUD	2026-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN inicio	Fecha SLN Fin	IGE	Fecha IGE inicio	Fecha IGE Fin	LMA	Fecha LMA inicio	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1,750,905	0,1600000	\$ 280,200	\$ 0	\$ 0	\$ 280,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1,750,905	0,1250000	\$ 218,900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1,750,905	0,0243800	\$ 42,700	2

REPORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBSF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280,200	\$ 218,900	\$ 42,700	\$ 0	\$ 541,800



SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-30, 12:46:23 PM

Tipo Planilla:

I PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 85934614

Periodo Cotización: junio de 2026

Periodo Servicio: junio de 2026

PAGADO 30/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA LOPEZ JIMENEZ		
Documento	CC1004755456	Dirección	KM 41 #0 - 0 FUNDACION NUEVA ESPERANZA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3016788710
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	Departamento	ANTIOQUIA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NO	RET	RET A	PRE	PRE A	PRE B	PRE C	PRE D	PRE E	PRE F	PRE G	PRE H	PRE I	PRE J	PRE K	PRE L	PRE M	PRE N	PRE O	PRE P	PRE Q	PRE R	PRE S	PRE T	PRE U	PRE V	PRE W	PRE X	PRE Y	PRE Z	Total
CE 1000755456	VERONICA LOPEZ JIMENEZ	RT	RI																															\$ 541.800

III. TOTALES

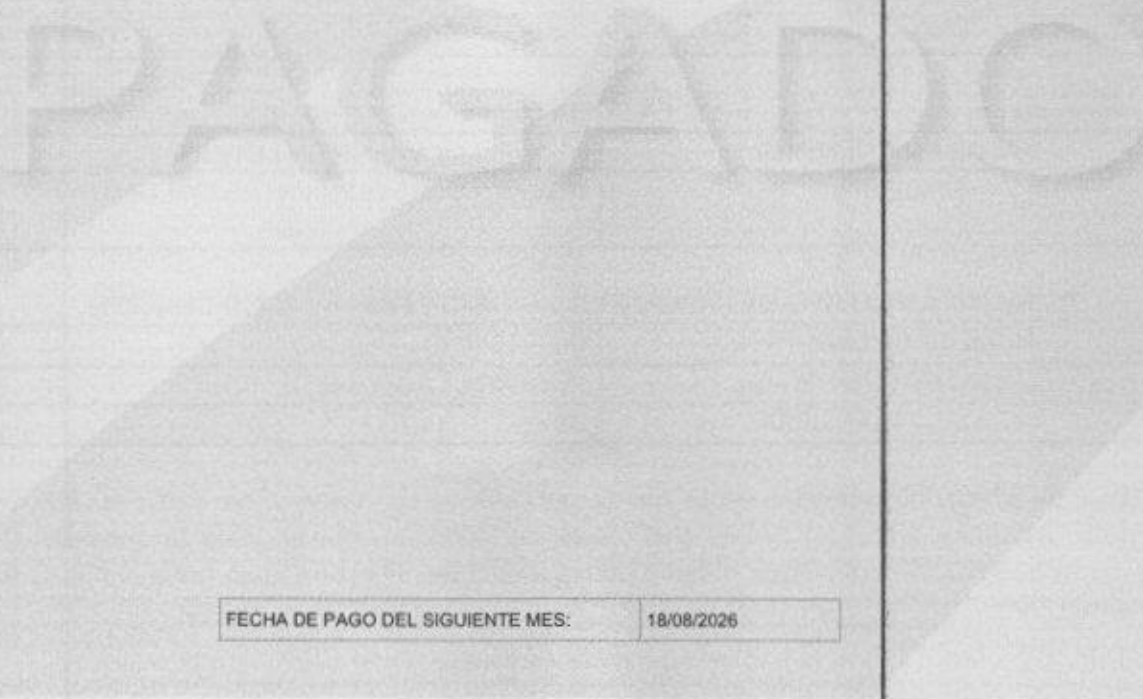
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800





RAZÓN SOCIAL :	LUZ ANDREA GONZALEZ MONTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053796660
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-15
FECHA DE PAGO:	2026-06-22
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37525471
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37525471
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	80008702	EPS SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230201	800320736	PROTECCION	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800



FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	EDUAR ESTIVEN GOMEZ SERNA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1002636186
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-21
FECHA DE PAGO:	2026-06-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37491529
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37491529
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EP9002	806130907	SALUD TOTAL	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.290	\$ 280.290
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.890	\$ 541.890

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/08/2026
----------------------------------	------------

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ANDRES DAVID MORALES MANRIQUE
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-10185910
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-05-18
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-10185910
NOMBRE EMPLEADO	ANDRES DAVID MORALES MANRIQUE
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8641120894
REFERENCIA PAGO(PIN)	8680266048
TIPO PLANILLA	1
PERIODO PENSIÓN	2026-05
PERIODO SALUD	2026-05
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3322001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN inicio	Fecha SLN fin	IGE	Fecha IGE inicio	Fecha IGE fin	LMA	Fecha LMA inicio	Fecha LMA fin	VAC	Fecha Vac inicio	Fecha Vac fin	AVP	VCT	Fecha VCT inicio	Fecha VCT fin	IRL	Fecha IRL inicio	Fecha IRL fin
																											0			

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0.1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E/G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0.1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0.0243600	\$ 42.700	900380791

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena		ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1053813998	0	LUIS FELIPE RODRIGUEZ SALAZAR	I	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
17-1	CALLE 37 A NRO 32 A 45		3153879686		FELIPE180919@GMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-06	2026-06	37610597	I	2026-07-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	\$41.800	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37610597	2026-07-24	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES												DIAS		PENSIÓN				SALUD				CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Total		Cuanto de Parafiscales	Adicional Económico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	65630338	ANDREA DEL PILAR OYUELA ECHEVERRI	Calle 45 no 3 42 este bloque 38	6017045578	andreaoyu12331@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92958388	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL RÓMENA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS025	Sanitas EPS	800251440-5	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (RNG + Protección)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890993700-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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
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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	98-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-30237435
NOMBRE EMPLEADO	MAYRA ALEJANDRA LOPEZ AGUILO
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERÍODO PENSIÓN	2026-06
PERÍODO SALUD	2026-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha Ings	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN Ings	Fecha SLN Fin	IGE	Fecha Ige Ings	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Ings	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Ings	Fecha VCT Fin	ERL	Fecha ERL Ings	Fecha ERL Fin

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0.1000000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Malestar o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0.1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0.0243600	\$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NE-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-30327554
NOMBRE EMPLEADO	NORA ELCY ARCILA GUTIERREZ
EPS	EPS SURA
APP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERÍODO PENSIÓN	2026-06
PERÍODO SALUD	2026-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha SLN Inicio	Fecha SLN Fin	IOE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAG	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solididad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0.1500000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0.1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0.0243600	\$ 42.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat on	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligato ria
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051852800		OSPINA SUAREZ VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 62A 11 54	MANIZALES-CALDAS	3218298724	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2025-06	2025-06	440213152	9506416906	1	2025/07/02	2025/07/03	HEQUIA	1
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$300	\$0	\$280,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$300	\$0	\$280,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100
TOTAL				1	\$541,800	\$600	\$0	\$542,400

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053838625 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2026-06	230201	800229739	PROTECCION	1	0	280.200	0	280.200
Periodo salud:	2026-06	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	37892922 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	42.700	0	42.700
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-07-02	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	442568312	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL									\$ 541.800



RAZÓN SOCIAL:	CASTAÑO ALVAREZ LUIS MIGUEL
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053816792
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2026-07-23
PERIODO PENSION:	2026-06
PERIODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641469448
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8617572054
TIPO DE PLANILLA:	1

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
175802	800130967	SALUD TOTAL	1	\$ 1.758.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
175801	800229138	PROTECCION	1	\$ 1.758.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.200	\$ 290.200
19-21	800211153	POSITIVA	1	\$ 1.758.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

Red Empresarial De Servicios SA
NIT: 9000847779
TELEFONOS: 018000413767 - (2) 5190600
EMAIL: servicioalcliente@supergiros.com.co
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y
VIGILADO POR EL MINTIC RESOL 1215/14

PAGO DE FACTURAS
BANCO DE OCCIDENTE
FECHA: 23/06/2026 HORA: 10:02:16
VEN: 34000*** EQ: 1330 OF: 2 PTO: 221
SU SUERTE SA
CODIGO NURA: 00001139
NUMERO TRANSACCION: 7726379176
SUSUERTE S.A.
NIT: 8100003178

CODIGO SEGURIDAD
{3737#3536&X
PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
REFERENCIA: 8617572054
VALOR PAGO: 541.800
FECHA APLICACION: 23/06/2026
FECHA PAGO: 23/06/2026 HORA: 10:02:20
NRO AUTORIZACION: 540422
PUNTO DE RECAUDO: 39557221

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO
DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE
TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION.
VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.
REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCION 3

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 25/08/2026



CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-04
Período Salud : 2026-04

Se certifica que en la fecha 2026-05-04 la empresa DAISSY JOHANA HIGUITA ARIAS con documento de identificación CC 1053786502 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante HIGUITA ARIAS DAISSY JOHANA identificado con CC-1053786502, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-1053786502		DAISSY JOHANA HIGUITA ARIAS		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
37233066	I	2026-05-04	0,02436	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	901037916	MIN002	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52221997 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2025-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	280.200	0	280.200
Periodo salud:	2025-06	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	37586710 Tipo I	14-23	880011153	POSITIVA	1	0	42.700	0	42.700
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-06-22	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	411876654	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 541.800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1053817247
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LAURA GARCIA ZULUAGA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 # 16-02	TELÉFONO: 8841046
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6017193937	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 410121440

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 280.200
SUBTOTAL:					1	\$ 280.200
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 218.900
SUBTOTAL:					1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 42.700
SUBTOTAL:					1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800



RAZÓN SOCIAL :	GLORIA INES MARULANDA MURIEL
IDENTIFICACIÓN:	CC-30331519
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-06
FECHA DE PAGO:	2026-06-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641497624
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653301764
TIPO DE PLANILLA:	1

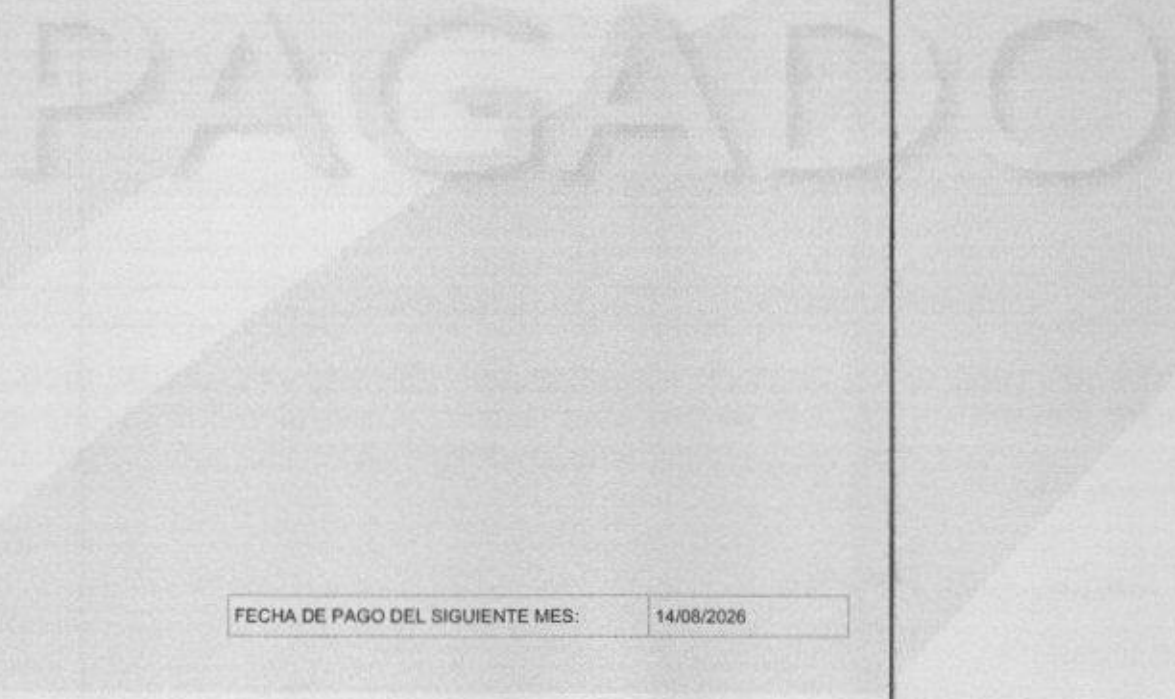
CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.730.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900306004	COLPENSIONES	1	\$ 1.730.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	960011153	POSITIVA	1	\$ 1.730.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/08/2026
----------------------------------	------------



RAZÓN SOCIAL :	ANGGIE DANIELA RAMIREZ CASTRILLON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053858154
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-14
FECHA DE PAGO:	2026-06-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641687302
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8613710034
TIPO DE PLANILLA:	1

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800234908	FORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	800011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800



FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/08/2026
----------------------------------	------------

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FUNDACION NEWMAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-900380791
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-07-07
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-35235417
NOMBRE EMPLEADO	DANA MELBA MURILLO BURTICA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPS
AFP	PROTECCION (ING-PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37590717
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	Y
PERIODO PENSION	2025-06
PERIODO SALUD	2025-06
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3561101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	YTE	VST	SIN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL inicio	Fecha IRL Fin

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0.1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G.		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0.1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0.0243600	\$ 42.700	7

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 541.800