

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 97446018

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	JOEL SALAS PENA		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	97446018
Ciudad/Municipio	NEIVA	Departamento	HUILA
Dirección	CRA 1 D BIS NUMERO 72B 38	Teléfono	8777777
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	5168999324	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	junio / 2026	Periodo Cotización Salud	junio / 2026
Días de Mora	8	Fecha Pago	2026/07/14
Número Autorización	0734298778		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JOEL	Apellidos	SALAS PENA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	97446018
Tipo cotizante	INDEPEND	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	HUILA	Municipio	NEIVA
Salario Básico	\$ 1.750.905	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	230301-PORVENIR
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 280.200
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 280.200

SALUD		Administradora	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 218.900

TOTAL PAGADO:	\$ 499.100
----------------------	-------------------

7:54

Vo LTE 36



Pago exitoso

Número de comprobante

298778

Día: 14/07/2026 Hora: 07:54 a.m.

Origen

Cuenta de Ahorros Pensión

**** **7777**

JOEL SALAS



Destino

Planilla Asistida

5168999324

Valor

\$502.100,00

Costo de la transacción: **\$0,00**

Período liquidado **Junio, 2026**



TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.700	\$ 0	\$ 280.200	\$ 1.700	\$ 281.900
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 1.700	\$ 281.900

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 218.900	\$ 1.300	\$ 0	\$ 220.200
SUBTOTALES:									\$ 218.900		\$ 1.300		\$ 218.900	\$ 1.300	\$ 0	\$ 220.200

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 502.100
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 97446018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOEL SALAS PENA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO: HUILA
DIRECCIÓN:	CRA 1 D BIS NUMERO 72B 38	TELÉFONO: 8777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4660940495	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	5168999324	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/07/14

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/07/21	15	\$ 200	\$ 4.800
2026/07/22	16	\$ 200	\$ 4.800
2026/07/23	17	\$ 200	\$ 4.800
2026/07/24	18	\$ 200	\$ 4.800
2026/07/27	21	\$ 200	\$ 4.800
2026/07/28	22	\$ 200	\$ 4.800

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 2.600
SUBTOTAL:			1	\$ 2.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	\$ 2.000
SUBTOTAL:			1	\$ 2.000

TOTAL POR PAGAR:	\$ 4.800
------------------	----------

10:52



Vo
LTE



48



Pago exitoso

Número de comprobante

322908

Día: 21/07/2026 Hora: 10:52 a.m.

Origen

Cuenta de Ahorros Pensión

**** **7777**

JOEL SALAS



Destino

Planilla Asistida

4660940495

Valor

\$4.800,00

Costo de la transacción:

\$0,00

Período liquidado

Junio, 2026



TOTAL PAGADO:	\$ 4.600
----------------------	-----------------

