

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061825587	MIGUEL ALEJANDRO OCAÑO VARGAS	CALLE 89 8 01	3023305990	mac911128@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE RUCURBAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	Ciudad / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			CALDAS	MANIZALES	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOR	CANTIDAD UPC
		93843284	30/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PÉNSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PÉNSIÓN									
No.	Tip y Número de Identificación	Apellido y Nombre	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Profesión	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción
1	CC 1061825587	OCAÑO VARGAS MIGUEL ALEJANDRO	30	M	C																								

PAGADA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061625587	MIGUEL ALEJANDRO OCAMPO VARGAS	CALLE 69 8 01	3023305990	mao011126@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			CALDAS	MANIZALES	NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		93043284	30/07/2026	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-07	2026-07	1	\$0	\$508.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS010	EPS Sura	800085702-2	218.900	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsalud	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200

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	Total a Pagar
14-23	Positive Seguros	800011163-0	9.200			9.200	0	0	9.200		9.200

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, UP 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