

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		88897169	03/06/2026	1
TOTAL NÓMINA				0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	1	\$0	\$812.700

[illegible]

Código AFP	Nombre	NIT	Colización 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
23 0001	Colfondos	800227940-5	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

[illegible]

Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud		1	350.000	350.000
Pensión		1	448.000	448.000
Riesgos Laborales		1	14.700	14.700
CCF		0	0	0
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES		3	812.700	812.700



Comprobante en línea

Pago PSE

3 Jun 2026 05:44



Pago exitoso

CUS 360486897

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
130.250.231.146

Fecha
3 Jun 2026 05:44

Referencia 2
CC

Número de factura
88897169

Referencia 3
5822287

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$812.700

Número de comprobante
TR260603054433bDaDh5

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8011**

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓRREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				FECHA PAGO ASOCIADA (DIANES/AA)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIANES/AA)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
CC	5822287	EDWIN OLINTO JAIMES AREVALO	MANZANA S CASA 49 JORDAN 9 ETAPA	2744160	edwinjames2011@hotmail.com					02/07/2026	93147928	02/07/2026	1	0
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO					PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR
ÚNICA		I - Independiente			TOLIMA	IBAGÜÉ					2026-07	1	\$0	\$696.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Valor
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	300.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	

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
231001	Colfondos	800277940-6	384.000	0	0	0	0	0	0	0	384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	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
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.600	No. Autorización	Valor	12.600	0	0	12.600	126	12.600	126	12.600	12.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

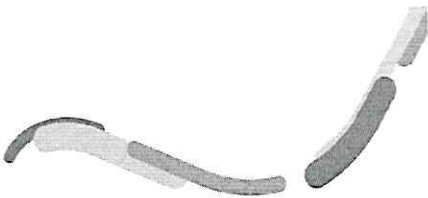
TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA									
Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas		Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		Total a Pagar		Total a Pagar	
Salud		1		300.000		300.000		300.000	
Pensión		1		384.000		384.000		384.000	
Riesgos Laborales		1		12.600		12.600		12.600	
CCF		0		0		0		0	
ESAP		0		0		0		0	
ICBF		0		0		0		0	
MEN		0		0		0		0	
SENA		0		0		0		0	
TOTALES		3		696.600		696.600		696.600	

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				
		EDWIN OLINTO JAIMES AREVALO	CÓDIGO				MANZANA S CASA 49 JORDAN 9 ETAPA	2744160	edw@jaimes2011@hotmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
ÚNICA	I – Independiente			TOLEMA	IBAGUÉ	NO	2026-07	2026-07	I	\$0	\$696.600

[illegible]



Comprobante en línea
Pago PSE

1 Jul 2026 23:45

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
130.250.230.157

Fecha
1 Jul 2026 23:45

Referencia 2
CC

Número de factura
93147928

Referencia 3
5822287

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$696.600

Número de comprobante
TR260701234522jnSDVM

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8011**