PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 67026645

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	WENDY CAROLINA OCAMPO MUNOZ		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	67026645
Ciudad/Municipio	CALI	Departamento	VALLE
Dirección	CALLE 16 A # 22A-78	Teléfono	8892679
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades de apoyo terapéutico.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	02 - SURA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4659493418**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	junio / 2026	Periodo Cotización Salud	junio / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/07/07
Número Autorización	9997373967		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	WENDY CAROLINA	Apellidos	OCAMPO MUNOZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	67026645
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	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	VALLE	Municipio	CALI
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			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	67026645	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 9.200**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF57-COMFANDI	30	2,000 %	$ 1.750.905	$ 35.100

TOTAL PAGADO:	**$ 543.400**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9650070164 DV: 240902
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 07/07/2026 11:22:34
PAP: 020009
Identificacion: 67026645
Nombre: CAMPO
Apellido 1: AA
Apellido 2: AA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3217233418
Codigo Planilla: 46594934
Periodo Pago: 2026/06
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 67026645 Valor: $543.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co