REDEMPRESARIAL DE SERVICIOS SA
NIT 9000847779 TELEFONO 018000413767-(2)
EMAIL SERVICIOALCLIENTE@SUPERGIROS.COM.CO
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y
VIGILADO POR EL MINTIC RESOL 1215/14

NUMERO TRANSACCION: 1785188521187320
FECHA: 27/07/2026 HORA: 16:42:05
VENDEDOR: ADRIANA HOYOS OSPINA
SUCUERTE S.A.
NIT: 810000317

CODIGO SEGURIDAD
{3537?1236$|%

PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
REFERENCIA: 8633610636
NURA: 00001139
VALOR DEL PAGO: $575,300
FECHA APLICACION: 28/07/2026
FECHA DEL PAGO: 27/07/2026 HORA: 16:42:05
NRO AUTORIZACION: 112662
PUNTO DE RECAUDO: NULL
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

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	JOSE EDUWIN MUÑOZ VILLA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-75093870
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-07-28
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-75093870
NOMBRE EMPLEADO	JOSE EDUWIN MUÑOZ VILLA
EPS	EPS SURA
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8642011997
REFERENCIA PAGO(PIN)	8633610636
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-07
PERÍODO SALUD	2026-07
TIPO COTIZANTE	Independiente voluntario al sistema de riesgos laborales
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	0
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	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	0,0435000	$ 76.200	75093870

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
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	$ 76.200	$ 0	$ 575.300