

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	115648454	GILDA RDO URBANO SANABRIA	CLL 12 8 45	3213933361	gilrds2016@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	1 - Independiente			CASANARE	HATO CONGOZAL	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					REMEDIACI	UNC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-10	2021-10	I	08/11/2021	54305581	TOTAL A PAGAR \$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPSC25	Chetivoca EPS	851856003-7	113.600	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Acuerdo SSP - Solidaridad	Acuerdo SSP - Solidaridad	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	890224808-8	145.400	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIEGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-23	Pasifina Seguros	860011453-6	22.200	0	0	22.200	0	0	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Clase Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administraciones Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pension	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

DATOS DEL APORTANTE							EXPOSICIÓN PASO PARADIGMÁTICOS Y SAÚDE
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1118649454	GILDAURO URBANO SANABRIA		CALLE 12 N 45	3213033861	gilurano1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			CASAPARTE	HATO CORDOZA		
							NO

DATOS DE LA PLANTILLA						
PLANTILLA ASOCIADA	FECHA VAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANTILLA	FECHA VAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANTILLA	CANTIDAD	
					EMPL. JACOS	UNE
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO FUNDACION				TOTAL A PAGAR	\$281.200
2021-10	2021-10	1	08/11/2021	54005581		

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]