

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1118648454	GILVARDO URBANO SANABRIA	CLL 12 8 45	3213933361	gilvar2016@gmail.com
FORMA APORTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			CASANARE	HATO COROZAL
					EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA (DIA/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPL. PAGOS
					UPC
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	1	04/06/2020	43146657	\$157.900

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN MOVIMIENTOS										PENSIÓN			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Estrato	Categorías										Cód. AFP	IBC AFP	Cotizante	Voluntario o Afiliado	Voluntario o Afiliado	Fondo previsional de subsistencia	Fondo previsional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARTL	IBC ARTL	Cotización/ CCF	Aporte CCF	IBC aporte parafiscales	Aporte SBSA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
11186484	URBANO SANABRIA GILVARDO	59	0	NI		ING		RET		TDE		TAE		TDP		VSP		VLP		IDE		LMA		VAC		AVP		VCT		INT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														</

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1118646464	GILDAARDO URBANO SANABRIA	CLL 12 8 46	3213633361	gilusax2016@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO
UNICA	1 - Independiente			CASANARE	HATO COROZAL	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA APORTANTE	FECHA PAGO ADECUADA (d/m/año)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (d/m/año)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPC
	2020-05	2020-05	1	04/06/2020	43146657	1 0 TOTAL A PAGAR \$157.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC25	Capreoca EPS	89185600-7	110,000	0		0		0	0	0	0	110,000	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Total a Pagar
				Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	
230301	Poverit	800224808-8	26.400	0	0	0	0	0	26.400
									No. Afiliados
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Total a Pagar
				No. Autorización	Valor	Cotización	Cotización	Valor	
14-23	Positiva Seguros	88001153-6	21.500		21.500	0	0	0	21.500
									No. Afiliados
									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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICFE, LMA, IRT y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	110.000	110.000	
Pensión	1	26.400	26.400	
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	157.900	157.900	