

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1118648464	GILBARDO URBANO SANABRIA	CLL 12 8 45	321363361	gilusaz2016@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	I - Independiente			CASAVARE	HATO COROZAL	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
						EMPLAZADOS	UPC
						1	0
PERIODO SALUD			PERIODO PENSIONES		1	TOTAL A PAGAR	
2020-07			2020-07			43819537	\$45.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPSJC25	Capresoca EPS	891856000-7	18.400	0	0	0	0	0	0
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230001	Povernt	800224808-8	23.500	0	0	0	0	0	0
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor				
14-23	Positiva Seguros	880011153-5	3.600			3.600	0	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	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administrador	No. Administraciones Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	18.400	18.400
Pensión	1	23.500	23.500
Riesgos Laborales	1	3.600	3.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	45.500	45.500

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1118648454	GILVARDO URBANO SANABRIA	CLL 12 8 45	321383381	gilvar2016@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	HATO COROZAL
					EXONERADO PAGO PARAFISCALS Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1 UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-07	2020-07	1		43919537	\$45.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									
INFORMACIÓN MOVEDADES									
PENSION									
SALUD									
RIESGOS LABORALES									
CCF									
PARAFISCALS									
CC									
CC									