

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓRREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1116650119	ANDRES DARIO GARCIA URREA	Cra 6 No 12-52	63739096	andru09164@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio	SI
ÚNICA	1- Independiente			CASANARE	HATO COROZAL	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA Afectada	FECHA PAGO LOCALIDAD (dd/mm/aaaa)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					IMPUESTOS	UNC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-01	2023-01	1		65667817	TOTAL A PAGAR \$146.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UNC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor			
EPSC25	Compensa EPS	891856000-7	62.600	0	0	0	15	1.200	62.800
								0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Supervivencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Pension	860224608-6	80.100	0	0	0	15	1.500	81.600
								0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-23	Positiva Seguros	863011153-6	2.700			2.700	15	100	2.800
									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
		ICBF	
0	0	0	0
		ESAP	
		MEN	

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICFE, LMA, Imp y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	62.500	63.800	
Pension	1	80.100	81.600	
Riesgos Laborales	1	2.700	2.800	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	145.400	148.200	

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (dd/mm/aaaa)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (dd/mm/aaaa)	NÚMERO PLANILLA	EMPLAOS	UNC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-01	2023-01	1		65687617		\$146,200

[illegible]

C.C. _____