



CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: GONZALEZ VIANCHA CARLOS OMAR
Identificación: CC - 9655712
Sucursal: 2
Período Pensión: 2020-10
Período Salud: 2020-10
Fecha Pago Planilla: 2020-10-26

Tipo identificación	CC
Número identificación	9655712
Nombre	CARLOS OMAR GONZALEZ VIANCHA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	9609940198
Referencia de Pago(PIN)	9609940198
Tipo Planilla	
Período Pensión	2020-10
Período Salud	2020-10
Tipo Colicante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Colicante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin 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 SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.000.000	0.1250000	\$ 250.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Aliado	Aportante				
30	2.000.000	0.1600000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.000.000	0.0052200	\$ 10.500	1

APORTES PARAFISCALES

Caja de Compensación Familiar				Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0



RAZON SOCIAL :	GONZALEZ VIANCHA CARLOS OMAR
IDENTIFICACION:	CC-9655712
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-27
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-05
FECHA DE PAGO:	2020-10-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8609940198
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8609940198
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 320.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.500	\$ 10.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 580.500	\$ 580.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/12/2020
----------------------------------	------------