

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 71682458

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                           |                          |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | DORA ELCY TABARES SANCHEZ |                          |                           |
| Tipo Identificación                                                       | NIT                       | Número de Identificación | 42881724                  |
| Ciudad/Municipio                                                          | ENVIGADO                  | Departamento             | ANTIOQUIA                 |
| Dirección                                                                 | CLLE 22SUR 4480 APTO 608  | Teléfono                 | 4186911                   |
| Tipo Empresa                                                              | PRIVADA                   | Actividad Económica      | Transporte mixto.         |
| Tipo Aportante                                                            | 01-EMPLEADOR              | Clase Aportante          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                     |                          |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                           |                          | SI                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                  |                          |                  |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla                | 7993642491       | Tipo de Planilla         | E-EMPLEADOS      |
| Periodo Cotización Otros       | noviembre / 2025 | Periodo Cotización Salud | diciembre / 2025 |
| Días de Mora                   | 0                | Fecha Pago               | 2025/12/02       |
| Número Autorización            | 1975353369       |                          |                  |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |              |                                          |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|-----------------|
| Nombres                                                                    | ELKIN DARIO  | Apellidos                                | TABARES SANCHEZ |
| Tipo de Identificación                                                     | CC           | Número de Identificación                 | 71682458        |
| Tipo cotizante                                                             | DEPEND       | Subtipo Cotizante                        |                 |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO           | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO              |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |              |                                          | SI              |
| Departamento                                                               | ANTIOQUIA    | Municipio                                | SABANETA        |
| Salario Básico                                                             | \$ 1.423.500 | Tipo de Salario                          | FIJO            |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                    |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 1.423.500       |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 227.800         |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0               |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0               |
| Indicador tarifa especial             | Normal   | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 227.800</b>  |

|                                  |         |                        |                               |
|----------------------------------|---------|------------------------|-------------------------------|
| <b>SALUD</b>                     |         | Administradora         | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS |
| Días                             | 30      | IBC                    | \$ 1.423.500                  |
| Tarifa                           | 4,000 % | Cotización Obligatoria | \$ 57.000                     |
| Nro Incapacidad por Enf. General |         | Valor                  | \$ 0                          |
| Nro Licencia de Maternidad       |         | Valor                  | \$ 0                          |
| Valor ADRES                      | \$ 0    | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 57.000</b>              |

|                              |    |                     |                  |
|------------------------------|----|---------------------|------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |    | Administradora      | 14-11 - ARL SURA |
| Días                         | 30 | IBC                 | \$ 1.423.500     |
| Clase de Riesgo              | IV | Tarifa              | 4,350 %          |
| Centro de Trabajo            |    | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 62.000</b> |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES |                |         |              |              |
|-----------------------------------|----------------|---------|--------------|--------------|
| Administradora                    | Días Cotizados | Tarifa  | IBC          | Total Aporte |
| CCF04-CCF DE ANTIOQUIA            | 30             | 4,000 % | \$ 1.423.500 | \$ 57.000    |

**TOTAL PAGADO:**

**\$ 403.800**