

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PAG 1 de 2

		DATOS DE	L APORTANTE			DATOS DE LA PLANILLA										
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓ	N SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN						EXONERADO	SE ACOGE A LOS		
CC	2995100	ALBERTO ZABALA BASTIDAS		Cra 135 No. 15B 16	6018621048		SAL	.UD	PENSIÓN, RII CAJA, SE		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	PAGO PARAFISCALES Y	BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD /	MUNICIPIO	MES	AÑO	MES	AÑO				SALUD	FAMILIAR	
U	1	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D.C.	BOGO.	TÁ, D.C.	7	2023	7	2023	I	08 08 2023	69943881	No	No	

CEN	TRO DE TRABAJO	Todos	NÚME	RO DE	EMP	PLEADO	s		1			NI	T EMP	RESA	CON	/ENIO)		To	odos													
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT				OD IUN	COD DEP	ING	필	TAE	ם	VSP VSP	VST	SLN	35 E	VAC	AVP	VCT	RP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
	CC 2995100	ZABALA BASTIDAS ALBERTO	57	0			No (001	11													30	30	30 (CCFC55	\$2,320,000	12.50%	\$290,000	25-14	\$2,320,000	16.00%	\$371,200	\$0
																												\$290,000				\$371,200	\$0





No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	
1	CC 2995100	ZABALA BASTIDAS ALBERTO	\$0	14-11	\$2,320,000	4.35%	4	\$101,000	
			\$0					\$101,000	

