

AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NIT 900.336.004-7

I - DATOS GENERALES

1 NIT	<input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	DV <input type="checkbox"/>	SUCURSAL	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	2 PERIODO DE COTIZACIÓN	3 PÁGINA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/>	<input type="text"/> DE <input type="text"/>
4 DIRECCIÓN					CIUDAD / MUNICIPIO		5 CORRECCIÓN - NÚMERO RADICACIÓN	
<input type="text"/>					<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DEPARTAMENTO					CÓDIGO	TELÉFONO / FAX	7 COBERTURA DE SALUD	
<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 CLÁSICA <input type="checkbox"/> 2 FAMILIAR <input type="checkbox"/>	
							8 FORMA DE REPORTE Y OPERACIÓN	
							1 NORMAL <input type="checkbox"/> 2 SIMPLIFICADA <input type="checkbox"/> 3 PARCIAL Y OTROS <input type="checkbox"/>	

RADICACIÓN

II - NOVEDADES Y LIQUIDACIÓN

9A TOTAL AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES **9B** TOTAL AFILIADOS DE PENSIÓN **9C** TOTAL AFILIADOS SALUD

10 IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO			11 NOVEDADES					12	13	14	14 LIQUIDACIÓN DE APORTES					
N°	TIPO	NÚMERO	DV	1° APELLIDO Y NOMBRE			PENSIÓN	SALUD	RIESGOS PROFES.	DÍA ANTE INICIACIÓN NOVEDAD	DURACIÓN NOVEDAD (DÍAS)	DÍAS TRABAJADOS	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	A PENSIÓN	B FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	C SALUD
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

TOTAL RENGLONES DILIGENCIADOS EN LA AUTOLIQUIDACIÓN

15 TOTAL DE ESTA PÁGINA \$
TOTAL ACUMULADO TODAS LAS PÁGINAS \$

III - CUENTAS COLPENSIONES

	A RIESGOS PROFESIONALES	B PENSIÓN	C SALUD
20 COTIZACIÓN	\$		
21 MÁS INTERESES POR MORA	\$		
22 TOTAL COTIZACIONES + MÁS INTERESES (SUME 20+21)	\$		
23 MÁS: NOTA DÉBITO	DOC. N°	\$	
24 MENOS: NOTA CRÉDITO	DOC. N°	\$	
25 MENOS: INCAPACIDADES	DOC. N°	\$	
26 MENOS: LICENCIA DE MATERNIDAD	DOC. N°	\$	
27 SALDO A FAVOR MES ANTERIOR	N° RADIC	\$	
28 TOTAL A FAVOR DE COLPENSIONES (MENOS SUMATORIA DE CASILLAS 24+25+26+27)		\$	

V - FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL		19
29 VALOR FONDO (IGUAL 18)	\$	
30 MÁS: INTERESES POR MORA	\$	
31 VALOR A TRASLADAR 29 + 30	\$	

VI - PAGOS		
32 FONDO RIESGO PROFESIONAL (1% DE 20A)	\$	
33 FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (IGUAL 31)	\$	
34 FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA EN SALUD	\$	
35 PAGO COLPENSIONES (28A+28B+28C) - (32+34)	\$	
36 GRAN TOTAL (32+33+34+35)	\$	

IV - RESPONSABLE

FIRMA TRABAJADOR INDEPENDIENTE REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRE

TIMBRE DEL RECAUDADOR

ESTE FORMULARIO NO ES VALIDO PARA PAGO





INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACIÓN MENSUAL DE APORTES PARA EL REPORTE DE NOVEDAD DE RETIRO RETROACTIVO

El formulario debe diligenciarse en letra imprenta mayúscula y legible, tinta negra, sin borrones, tachones ni enmendaduras.
Recuerde que si necesita reportar la novedad de retiro retroactivo para varios afiliados, debe diligenciar los formularios requeridos para dicho trámite en forma independiente para cada afiliado.

De este formulario, únicamente debe diligenciar los siguientes campos:

I- DATOS GENERALES

Campo No. 1: (SELECCIÓN OBLIGATORIA). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: NIT, Número de Identificación Tributario; CC, Cédula de ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería.

Nombre o Razón Social: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el nombre del empleador (persona natural o jurídica) que omitió el reporte de la novedad de retiro.

Campo No. 2, Período de Cotización: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el ciclo o período de cotización en formato año –mes, de la novedad de retiro.

Campo No. 5, Corrección número de radicación: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Número del sticker o referencia de pago que identifica al ciclo de cotización de la novedad de retiro, este lo puede encontrar en el anexo “Detalle de Pagos Efectuados a Partir de 1995” de la historia laboral del afiliado.

II- NOVEDADES Y LIQUIDACION

Campo No. 10

Tipo: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el tipo de documento del afiliado teniendo en cuenta: CC, Cédula de ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; TI, Tarjeta de identidad; PA, Pasaporte; CD.

Número: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del Afiliado.

1º Apellido y Nombre: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el primer apellido y nombre del afiliado.

Campo No. 11, Novedades

Pensión: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba en mayúscula la letra R, de retiro

IV- RESPONSABLE

(OBLIGATORIO). Espacio para la firma del empleador o firma del afiliado en los casos donde el empleador a título de persona natural haya fallecido.