Colpensiones

# AUTOLIQUIDACIÓN MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NIT 900.336.004-7

RADICACIÓN

## I- DATOS GENERALES

1 NIT ☐ CC ☐ CE ☐ DV | SUCURSAL | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | 2 PERIODO DE COTIZACIÓN AÑO MES | 3 PÁGINA DE

4 DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | 5 CORRECIÓN - NÚMERO RADICACIÓN | DV | 6 TIPO DE VINCULACIÓN | NÚMERO PATRONAL

DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO / FAX | 7 COBERTURA DE SALUD 1 CLÁSICA ☐ 2 FAMILIAR ☐ | 8 FORMA DE REPORTE Y OPERACIÓN 1 NORMAL ☐ 2 SIMPLIFICADA ☐ PAGO 3 PARCIAL Y OTROS ☐

## 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 LIQUIDACIÓN DE APORTES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | TIPO | NÚMERO | DV | 1° APELLIDO Y NOMBRE | PENSIÓN | SALUD | RIESGOS PROFES. | DIA ANTE INICIACION NOVEDAD | DURACION NOVEDAD (DIAS) | DIAS 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) | $ | | | |

ESTE FORMULARIO NO ES VALIDO PARA PAGO

## V - FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL

| | | |
|---|---|---|
| 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

"Ven por tu FUTURO"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA SEGÚN RADICACIÓN NÚMERO 94043479-9

cadena s.a.

# 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.