

| TIPO               |                   | DATOS DEL APORTANTE            |                    |              |                         | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |    |
|--------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------|----|
|                    | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN          | TELÉFONO     | CORREO                  |                                     |    |
| CC                 | 28551065          | DIANA PATRICIA VILLORIA SANTOS | carrera 31 50 - 05 | 30545336     | diviloria1207@gmail.com |                                     |    |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO             | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO      |                                     |    |
| ÚNICA              | I – Independiente |                                |                    | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.            |                                     | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA  |                                   |               |                          |                 |                         |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA     | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS      |
|                       |                                   |               |                          |                 | UPC 0                   |
| PERIODO SALUD 2023-07 | 2023-07                           | I             | 18/08/2023               | 69798280        | TOTAL A PAGAR \$462.700 |

## TOTALS POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |            |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |   |
|---------------|----------|------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|---|
| Código EPS    | Nombre   | NIT        | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |   |
|               |          |            |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |   |
| EPS010        | EPS Sura | 80008702-2 | 198.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     |           | 2                     | 500            | 0             | 199.300       | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre   | NIT          | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte ESP - Solidaridad | Aporte ESP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|--------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colindos | 6000227940-6 | 254.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 2         | 600                   | 0              | 255.000       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre   | NIT          | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|--------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |          |              |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 8909003790-5 | 8.300                  |                  |       |                        | 8.300                 | 2         | 100                   | 8.400               |                            |                     | 83                | 8.400         | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP         |           |                   |               |               |
| MEN          |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 198.800                             | 199.300        |
| Pensión             | 1                              | 254.400                             | 255.000        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 8.300                               | 8.400          |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>461.500</b>                      | <b>462.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                |                    |              |                         |                                           |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN          | TELÉFONO     | CORREO                  | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 28551085           | DIANA PATRICIA VILLORIA SANTOS | carrera 31 50 - 05 | 3054536      | diviloria1207@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL             | CODIGO             | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO      |                                           |
| UNICA                 | I – Independiente  |                                |                    | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.            | SI                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                   |                             |               |     |
|----------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA     | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD      |     |
|                      |                                      |                   |                             | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                      |                   |                             | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | 2023-07                              | PERIODO PENSIONES | 2023-07                     | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                      |                   |                             | 5462.700      |     |

[illegible]