

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                      |        |                                          |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|----------------------|--------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                | TELÉFONO           |                                           |
| CC                    | 42997118           | BETCY QUIROZ PEDRAZA |        | CALLE 19 B # 17 C -89<br>ADELITA DE CHAR | 3116765335         |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                      |        | ATLÁNTICO                                | BARRANQUILLA       |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             |                    |                            |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD                   |
|                      |                                      |                  |                             |                    | EMPLÉADOS    UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |                  |                             |                    | 1            0             |
| 2023-08              | 2023-08                              | I                | 14/09/2023                  | 70897469           | TOTAL A PAGAR<br>\$420.700 |

## TOTALES 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 382.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 8         | 3.400                 | 0              | 385.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |        |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------|-----|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 16.000                 |                  |       |                           | 16.000                   | 8            | 200                      | 16.200                 |                               |                        | 160                  | 16.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                       |             |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|-----------------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre                | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| CCF07         | Comfamiliar Atlantico | 890101994-9 | 18.400       | 8         | 200               | 18.600        | 1             |  |

| 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 IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 382.500                             | 385.900       |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.000                              | 16.200        |
| CCF                    | 1                              | 18.400                              | 18.600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 416.900                             | 420.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 42997118          | BETCY QUIROZ PEDRAZA |        | CALLE 19 B # 17 C -89<br>ADELITA DE CHAR | 3116765335         | betcyquiroz@hotmail.com             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |        | ATLÁNTICO                                | BARRANQUILLA       |                                     |
|                     |                   |                      |        |                                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                      |        |                                          |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2023-08              | 2023-08                           | I             | 14/09/2023               | 70897469        | \$420.700     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |          |         |                        |          |                   |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----------|---------|------------------------|----------|-------------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          | SALUD   |                        |          | RIESGOS LABORALES |                 |            | CCF        |         |            | PARAFISCALES           |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL           | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 42997118              | QUIROZ PEDRAZA BETCY | 57        | 3       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |          | 0       | 0                      | 0        | 0                 | 0               | 0          | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                      |        |                                          |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|----------------------|--------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                | TELÉFONO           |                                           |
| CC                    | 42997118           | BETCY QUIROZ PEDRAZA |        | CALLE 19 B # 17 C -89<br>ADELITA DE CHAR | 3116765335         |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                      |        | ATLÁNTICO                                | BARRANQUILLA       | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             |                    |                            |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD                   |
|                      |                                      |                  |                             |                    | EMPLADOS    UPC            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |                  |                             |                    | 1            0             |
| 2023-09              | 2023-09                              | I                | 02/10/2023                  | 71286256           | TOTAL A PAGAR<br>\$416.900 |

## TOTALES 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 382.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 382.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |        |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------|-----|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 16.000                 |                  |       |                           | 16.000                   | 0            | 0                        | 16.000                 |                               |                        | 160                  | 16.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                       |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|-----------------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre                | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF07         | Comfamiliar Atlantico | 890101994-9 | 18.400       | 0         | 0                 | 18.400        | 1             |

| 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 IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 382.500                             | 382.500       |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.000                              | 16.000        |
| CCF                    | 1                              | 18.400                              | 18.400        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 416.900                             | 416.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 42997118          | BETCY QUIROZ PEDRAZA |        | CALLE 19 B # 17 C -89<br>ADELITA DE CHAR | 3116765335         | betcyquiroz@hotmail.com             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |        | ATLÁNTICO                                | BARRANQUILLA       |                                     |
|                     |                   |                      |        |                                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                      |        |                                          |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2023-09              | 2023-09                           | I             | 02/10/2023               | 71286256        | \$416.900     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    |          |         |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |              |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|----|---------|----|----|----|----|----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |    |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          | SALUD   |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |           |                        | PARAFISCALES |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE | MA | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 42997118              | QUIROZ PEDRAZA BETCY | 57        | 3       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |    | 0        | 0       | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 3.060.000 | 382.500                | 14-23        | 3.060.000 | 1               | 16.000     | CCF07      | 3.060.000 | 18.400     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA