

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 104.000 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 104.000 | \$ 0 | \$ 104.000   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 104.000 | \$ 0 | \$ 104.000   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                     |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                     | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                              |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-4                                  | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 15.900   | \$ 15.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 15.900    |
| SUBTOTALES:                           |                                     |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 15.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 15.900    |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 201.200</b> |
|--------------|-------------------|

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                              |                                      |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |                                 |  |            |  |                              |  |                |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|------------|--|------------------------------|--|----------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA         | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:            |  | 1047221111                                        |  | NÚMERO PLANILLA:                |  | 4584345210 |  | TIPO DE PLANILLA:            |  | N-CORRECCIONES |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |                              | LILIANA PATRICIA GONZALEZ ECHEVERRIA |  |                                                   |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS        |  | MES        |  | noviembre AÑO                |  | 2024           |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | BARRANQUILLA                 | DEPARTAMENTO:                        |  | ATLANTICO                                         |  | DÍAS DE MORA:                   |  | 19         |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD:    |  | MES            |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CALLE 72A N 8 C 50 EL BOSQUE | TELÉFONO:                            |  | 3555555                                           |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):        |  | 2024/12/23 |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:         |  | 9991242243     |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE             | CLASE APORTANTE:                     |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  | NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: |  | 4583998679 |  | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA |  | 2024/12/18     |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                      | ACTIVIDAD ECONOMICA:                 |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |                                 |  |            |  |                              |  |                |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                        |                                      |  |                                                   |  |                                 |  |            |  |                              |  |                |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                              | NO                                   |  |                                                   |  |                                 |  |            |  |                              |  |                |  |