

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                     |        |                  |                    |                                |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                                  | 1193238639        | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO |        | Calle 59 #1c 125 | 3148887616         | alejandramosquera302@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                     |        | VALLE DEL CAUCA  | CALI               |                                |
| 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    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2025-03              | 2025-03                           | I             | 03/04/2025               | 85286826        | TOTAL A PAGAR \$413.300 |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS018        | Serv. Occ. Salud - EPS | 805001157-2 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 7.500                  |                  |       |                        | 7.500                 | 0         | 0                     | 7.500               |                            |                     | 75                | 7.500         | 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 IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 7.500                               | 7.500         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 413.300                             | 413.300       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                     |        |                  |                    |                                |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                                  | 1193238639        | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO |        | Calle 59 #1c 125 | 3148887616         | alejandramosquera302@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                     |        | VALLE DEL CAUCA  | CALI               |                                |
| 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       |
| 2025-03              | 2025-03                           | I             | 03/04/2025               | 85286826        | \$413.300 |

| 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 | VAC | AVP               | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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   | 1193238639            | MOSQUERA HIDALGO MICHELLE ALEJANDRA |  |  |  | 59        | 0       |                       | N                 |           |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |       |    |     |                   |     |     |            | 230201   | 1.423.500 | 227.800      | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS018   | 1.423.500 | 178.000                | 14-23    | 1.423.500 | 1               | 7.500      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

Información básica de la planilla

|                         |                                     |                                |            |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Empresa:                | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO | NIT:                           | 1193238639 |
| Tipo Planilla:          | I                                   | Periodo liquidación Pensiones: | marzo 2025 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                           | Periodo liquidación Salud:     | marzo 2025 |
| Número de Radicación:   | 85286826                            | Total a pagar:                 | \$413,300  |
| Fecha de vencimiento:   | 09/04/2025                          | Total de empleados:            | 1          |
| Fecha de Pago:          | 03/04/2025                          | Número de Administradoras:     | 3          |

Detalles del pago

|                           |                                       |                      |                          |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Razón social recaudo:     | Compensar OI                          | Nit recaudo:         | 9998600669427            |
| Descripción:              | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | Medio de Pago:       | Pago Electronico por PSE |
| Banco:                    | SCOTIABANK COLPATRIA                  | Número Autorización: | 1385488931               |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada                  |                      |                          |

| Código | NIT       | Administradoras                             | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|---------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-23  | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS                | 1              |                                              | \$0                                          | \$7,500      |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion)               | 1              |                                              | \$0                                          | \$227,800    |
| EPS018 | 805001157 | Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS | 1              |                                              | \$0                                          | \$178,000    |
|        |           |                                             |                |                                              |                                              | \$413,300    |

\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.