

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                      |                    |                      |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 80052696          | JOHON SAMIR CANTA CASTRO |        | CARRERA 69 A 72 A 69 | 3862498            | JOHONCANTA@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| UNICA               | I - Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                   |               |                          | CANTIDAD        |               |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) |                   | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | UPC EMPLEADOR |
|                      | PERIODO SALUD                     | PERIODO PENSIONES |               |                          |                 |               |
| 2019-03              | 2019-03                           | 2019-03           | 1             | 08/04/2019               | 34158355        | 1             |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |                   |               |                          |                 | \$372.300     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |                           |             |                         |
|---------------|---------------------------|-------------|-------------------------|
| Código EPS    | Nombre                    | NIT         | Coltización Obligatoria |
| MIN001        | Fondo Sai y Gar Min Salud | 901037916-1 | 150 000                 |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 150 000       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código APP | Nombre       | NIT          | Cotización Obligatoria |
|------------|--------------|--------------|------------------------|
| 25-14      | Cooperativas | 9003036004-7 | 192.000                |

| 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 |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 192.000       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Contribución Obligatoria |
|------------|------------------|-------------|--------------------------|
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-8 | 6.300                    |

| Incapacidades    |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal   | No. Radicado  | Valor Saldo a Favor | Fondo       | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------------|-------|---------------|------------|------|------------|------------|---------------|---------------------|-------------|---------------|---------------|
| No. Autorización | Valor | Sistemas      | Cotización | Mora | Cotización | Cotización | Saldo a Favor |                     | Solidaridad |               |               |
|                  |       |               | 6 300      | 0    | 0          | 6 300      |               |                     | 63          | 6 300         | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre         |
|------------|----------------|
| CCF24      | Compensar Caja |

| NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 860068942-7 | 24.000       | 0         | 0                 | 24.000        | 1             |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           |                   |               | 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 ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 150 000                             | 150 000        |
| Pensión             | 1                              | 192 000                             | 192 000        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 6 300                               | 6 300          |
| CCF                 | 1                              | 24 000                              | 24 000         |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>4</b>                       | <b>372 300</b>                      | <b>372 300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                         |           |              |                     |                                          |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|-----------|--------------|---------------------|------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN | TELÉFONO     | CORREO              | EXCERENADO PACO<br>PARAFISCAL Y<br>SALUD |
| CC                    | 80052696           | JOHON SAMIR CATA CASTRO |           | 3865568      | JOHONCATA@GMAIL.COM |                                          |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL      | CÓDIGO    | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO  |                                          |
| ÚNICA                 | 1 = Independiente  |                         |           | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.         |                                          |
|                       |                    |                         |           |              |                     | 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 PREVISIONES               |               |                          |                 | 1             |
| 2019-03              | 2019-03                           | 1             | 08/04/2019               | 34156355        | 0             |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$372,300     |

## ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]