

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                      |        |  |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|--------|--|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                              | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 16683281          | JAIME OSORIO MONTOYA |        | CRA 7 P BIS 76 26<br>ALFONSO LOPEZ III | 3739299            | anaglao@hotmail.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 (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                   |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0             |
| 2025-07              | 2025-07                           | I             | 04/08/2025               | 88701764        | TOTAL A PAGAR<br>\$185.500 |

## 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 |

| 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                | 0                              | 0                                   | 0             |
| 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                | 2                              | 185.500                             | 185.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|--|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 16683281          | JAIME OSORIO MONTOYA |        | CRA 7 P BIS 76 26<br>ALFONSO LOPEZ III | 3739299            | anaglao@hotmail.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      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-07              | 2025-07                           | I             | 04/08/2025               | 88701764        | \$185.500     |     |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |    |     | PENSIÓN |     |     |            |          |         | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF     |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|---------|-----|-----|------------|----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | IDE | MA | VAC | AVP     | VCV | 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   | 16683281              | OSORIO MONTOYA JAIME | 59        | 4       |           | N         |     |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |    |     |         |     |     |            |          | 0       | 0          | 0                    | 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 |

PAGADA