

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |                  |              |                    |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN        | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 81720596          | OSCAR ASSALON GUEVARA GUEVARA | Calle 4 No. 2-42 | 3103096177   | OSKAR2AT@GMAIL.COM |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO           | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO |                                     |  |  |  |
| UNICA               | 1 - Independiente |                               |                  | CUNDINAMARCA | COTA               | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |            |     |  |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|------------|-----|--|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD   |     |  |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLACADOS | UPC |  |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1          | 0   |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           | TOTAL A PAGAR   |            |     |  |
| 2025-12              | 2025-12                            | 1             | 10/12/2025                | 92269442        | \$151,700  |     |  |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |               |                  |                     |                  |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|---------------|------------------|---------------------|------------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades |                  | Licencia Maternidad |                  | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               |               | No. Autorización | Valor               | No. Autorización |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800231440-5 | 65,300                 | 0             | 0             | 0                | 0                   | 0                | 1             |

| TOTALES PENSION |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | No. Afiliados |
| 2203031         | Porvenir | 800224808-8 | 83,600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |            |           |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|------------|-----------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto | Días Mora | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |            |           |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011514-6 | 2,800                  |                  |       |                        | 2,800      | 0         | 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 | Valor antes de IGC, LMA, RPP y Mora | Total a Pagar  |  |
| Salud                  | 1                   | 65,300                              | 65,300         |  |
| Pensión                | 1                   | 83,600                              | 83,600         |  |
| Riesgos Laborales      | 1                   | 2,800                               | 2,800          |  |
| CCF                    | 0                   | 0                                   | 0              |  |
| ESAP                   | 0                   | 0                                   | 0              |  |
| ICBF                   | 0                   | 0                                   | 0              |  |
| MEN                    | 0                   | 0                                   | 0              |  |
| SENA                   | 0                   | 0                                   | 0              |  |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>            | <b>151,700</b>                      | <b>151,700</b> |  |

LOK Planilla payrol  
2014 1Bc

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                  |                  |                    |                   |                                           |
|-----------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                 | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO            | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 81723526           | OSCAR ABBALON GUEVARA<br>GUEVARA | Calle 4 No. 2-42 | 3103098177         | OSKAR21@GMAIL.COM |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCESAL                | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                   |                                           |
| UNICA                 | 1 - Inaceptable    |                                  | CUNDINAMARCA     | COTA               |                   | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             | CANTIDAD        |               |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA    | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | EMPLACOS      |
| PERIODO SALDO        | 2025-12                              | PERIODO PÉRDIDAS | 2025-12                     | 92259442        | 1             |
|                      |                                      |                  |                             |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                      |                  |                             |                 | \$157.700     |

[illegible]