

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
| CC | 1143833724 | MARIA MONICA SANTAMARIA MUÑOZ | | calle18 51-12 | 3167425942 | monicasantamaria9009@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | VALLE DEL CAUCA | CALI | | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 12/12/2025 | 90876903 | \$429.200 | |

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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 32 | 3.600 | 0 | 181.600 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | 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 |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | | | | | | | | | |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 4.600 | 0 | 232.400 | 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 | 14.900 | | | | 14.900 | 32 | 300 | 15.200 | | | 149 | 15.200 | 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 | 32 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 32 | 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 | 181.600 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 232.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.900 | 15.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 420.700 | 429.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1143833724 | MARIA MONICA SANTAMARIA MUÑOZ | | calle18 51-12 | 3167425942 | monicasantamaria9009@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 |
| | | | | | EMPLADOS |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | UPC |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 12/12/2025 | 90876903 | \$429.200 |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|----|----|----|----|----|-------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|-----------------------|--------------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | | | | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clas. exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | IDE | MA | MA | MA | MA | MA | MA | 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 | 1143833724 | SANTAMARIA MUÑOZ MARIA MONICA | | | | 57 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 2 | 14.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Información básica de la planilla

| | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Empresa: | MARIA MONICA SANTAMARIA MUÑOZ | NIT: | 1143833724 |
| Tipo Planilla: | I | Periodo liquidación Pensiones: | octubre 2025 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL | Periodo liquidación Salud: | octubre 2025 |
| Número de Radicación: | 90876903 | Total a pagar: | \$429,200 |
| Fecha de vencimiento: | 10/11/2025 | Total de empleados: | 1 |
| Fecha de Pago: | 12/12/2025 | 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: | BANCOLOMBIA | Número Autorización: | 2001696546 |
| 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 | \$15,200 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | \$0 | \$232,400 |
| EPS010 | 800088702 | EPS Sura | 1 | | \$0 | \$181,600 |
| | | | | | | \$429,200 |

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 90876903, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.