

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                         |                       |              |                    |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             |                    |                                           |
| CC                    | 80747896           | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozaanj@gmail.com |                    |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL      | CODIGO                | DEPARTAMENTO |                    | CUIDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – 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) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                   |               |                          | EMPL/EAOS     | UPFC      |
|                      |                                   |               |                          | 1             | 0         |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          | TOTAL A PAGAR |           |
| 2025-08              | 2025-08                           | 1             | 19/09/2025               | 8954/7200     | \$493.400 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |   |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Codigo EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       |   | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |   |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 212.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0 | 0         | 0                     | 0              | 212.500       | 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 |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colindos | 800227940-6 | 272.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 272.000       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    | Aportes Otros | 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      |                  |             |                        |                  |               |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8,900                  |                  |               | 8,900                 | 0         | 0                     | 8,900               |                            |                     | 89                | 8,900         | 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                              | 212,500                             | 212,500       |
| Pension             | 1                              | 272,000                             | 272,000       |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 8,900                               | 8,900         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>      | 3                              | 493,400                             | 493,400       |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                         |                       |              |                    |  | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|--|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             |  |                                           |
| CC                    | 80747896           | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozaanj@gmail.com |  |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL      | CODIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |  |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                         |                       | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |  | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |               |           |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                    |               |                           | EMPLADOS      | UPC       |
|                      |                                    |               |                           | 1             | 0         |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           | TOTAL A PAGAR |           |
| 2025-08              | 2025-08                            | I             | 19/09/2025                | 8954/200      | \$493.400 |

[illegible]

| DATOS DEL APORTANTE |                 |                         |        |                       |                    |                   |
|---------------------|-----------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| TIPO                | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO            |
| CC                  | 80747896        | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ |        | calle 49 b #10 03 sur | 7391364            | leozami@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                   |
| UNICA               | 1—Independiente |                         |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                   |
|                     |                 |                         |        |                       | NO                 |                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |  |           |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|--|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |  | CANTIDAD  |
|                      |                                  |               |                         |                 |  |           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |  |           |
| 2025-09              | 2025-09                          | I             | 21/10/2025              | 90743133        |  | \$493,400 |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |             |                        |               |                  |       |                     |       |               |
|---------------|--------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | No. Afiliados |
|               |              |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |               |
| EPS005        | Santitas EPS | 800251440-6 | 212.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |               |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subistencia | Días Mora | No. Afiliados |
|                 |           |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |               |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 272.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |               |            |           |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------|------------|-----------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días Mora | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |               |            |           |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8.900                  |                  |       |               | 8.900      | 0         | 1             |

| TOTALES CAJAS |              |            |     |               |
|---------------|--------------|------------|-----|---------------|
| Código CCF    | Nombre       |            | NIT | No. Afiliados |
|               | Valor Aporte | Valor Mora |     |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |
| 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                              | 212.500                             | 212.500       |
| Pensión                | 1                              | 272.000                             | 272.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.900                               | 8.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 493.400                             | 493.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozam1@gmail.com  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |                   |                         |                 |                    |
|----------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA     | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD           |
|                      |                                  |                   |                         |                 | EMPL-LEADOS<br>UPC |
|                      |                                  |                   |                         |                 | 1<br>0             |
| PERIODO SALUD        | 2025-09                          | PERIODO PENSIONES | 21/10/2025              |                 | TOTAL A PAGAR      |
|                      |                                  |                   |                         | 90743133        | \$493,400          |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                         |        |         |                  |           |    |    |    |    |    |         |     |     |     |     |       |     |     |                   |          |            |                       |                      |                                |                                 |              |         |                       |          |         |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------|---------|------------------|-----------|----|----|----|----|----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|-----------------------|----------|---------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES   |        |         |                  |           |    |    |    |    |    | PENSION |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |            |                       | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |         |                       |          |         |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres     | Cédula | Subtipo | Código exonerado | Exonerado | IN | NO | NO | NO | NO | TAF     | VST | IGE | SLN | LMA | TAC   | VCT | RLC | CORRECCION        | Cód. AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |
| 1                     | CC   | 8077896               | ZAMORA JIMENEZ LEONARDO | 57     | 0       | N                |           |    |    |    |    |    |         |     |     |     |     |       |     |     |                   | 231001   | 1.700.000  | 272.000               | 0                    | 0                              | 0                               | 0            | 0       | 0                     | 0        | 0       | 0          | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TÉLEFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAVORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozami@gmail.com  |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.        | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |                         |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLÉADOS               | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 | 1                       | 0   |
| 2025-10              | 2025-10                          | I             | 28/11/2025              | 91831898        | TOTAL A PAGAR \$494.200 |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |
|---------------|--------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora |
|               |              |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |
| EPS005        | Santitas EPS | 800251440-6 | 212.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 2         |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 300       |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 0         |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 212.800   |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 1         |

## TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Substancia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colfondos | 800227940-6 | 272.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                       | 2         | 400                   | 0              | 272.400       | 1             |

## TOTALES RESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros | 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 |
|------------|------------------|-------------|------------------------|---------------|---------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8.900                  |               |               | 8.900                 | 2         | 100                   | 9.000               |                            | 89                  |                   | 9.000         | 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 |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 2         | 0                 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |
| 0                    | 2         | 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                              | 212.500                             | 212.800       |
| Pensión                | 1                              | 272.000                             | 272.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.900                               | 9.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 493.400                             | 494.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozam1@gmail.com  |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.        |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLÉADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1             | 0   |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | \$494.200     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                      |                         |  |                       |           |         |           |         |     |     |     |     |     |     |     |    |    |     |         |        |           |            |          |         |            |                       |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |              |                |            |            |         |            |                        |             |             |             |
|-----------------------|------|----------------------|-------------------------|--|-----------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|---------|--------|-----------|------------|----------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|--------------|----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| No.                   | Tipo | No de Identificación | Apellidos y Nombres     |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |         |           |         |     |     |     |     |     |     |     |    |    |     | PENSIÓN |        |           |            |          | SALUD   |            |                       | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 |          | CCF     |                        |          | PARAFISCALES |                |            |            |         |            |                        |             |             |             |
|                       |      |                      |                         |  | Exonerado             | Cobertura | Subtipo | Cobertura | Subtipo | RET | TAE | TOP | TAP | VAP | VST | SLN | RE | LA | VAC | AVC     | WCT    | IRL       | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Cota de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP |
| 1                     | CC   | 80747896             | ZAMORA JIMENEZ LEONARDO |  | N                     |           |         |           |         |     |     |     |     |     |     |     |    |    |     |         | 231001 | 1,700,000 | 272,000    | 0        | 0       | 0          | 0                     | 0                    | EPS005                         | 1,700,000                       | 212,500  | 14-23   | 1,700,000              | 1        | 8,500        |                | 0          | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |

| DATOS DEL APORTANTE |                 |                         |        |                       |                    |                   |
|---------------------|-----------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| TIPO                | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO            |
| CC                  | 80747896        | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ |        | calle 49 b #10 03 sur | 7391364            | leozami@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                   |
| UNICA               | I—Independiente |                         |        | BOGOTÁ D.C.           | BOGOTÁ D.C.        |                   |
|                     |                 |                         |        |                       | NO                 |                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |  |               |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|--|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |  | CANTIDAD      |
|                      |                                  |               |                         |                 |  | EMPL/EAOS UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 |  | 1 0           |
|                      |                                  |               |                         |                 |  | TOTAL A PAGAR |
| 2025-11              | 2025-11                          | I             | 26/12/2025              | 92660699        |  | \$494.600     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |             |                        |               |                  |       |                     |       |               |
|---------------|--------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | No. Afiliados |
|               |              |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |               |
| EPS005        | Santitas EPS | 800251440-6 | 212.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |               |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | Días Mora | No. Afiliados |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 272.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 3         | 1             |

| TOTALES RESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |               |          |                       |           |                       |                     |                            |                   |               |               |
|--------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------|----------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL               | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros |          | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                          |                  |             |                        | No. Autorización | Valor | Sistemas      | Sistemas |                       |           |                       |                     |                            |                   |               |               |
| 14-23                    | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8,900                  |                  |       |               |          | 8,900                 | 3         | 100                   | 9,000               |                            | 89                | 9,000         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 3         | 0                 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |
| 0                    | 3         | 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                              | 212.500                             | 213.000       |
| Pensión                | 1                              | 272.000                             | 272.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.900                               | 9.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 493.400                             | 494.600       |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                         |                       |                    |                    |                                           |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO             | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 80747896           | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364            | leozanji@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL      | CÓDIGO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                    |                                           |
| UNICA                 | I – Independiente  |                         |                       | DEPARTAMENTO       | BOGOTÁ, D.C.       | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                         |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD                |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPL/EAOS               | UPC |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1                       | 0   |
| PERIODO SALUD        | 2025-11                            | 2025-11       | 26/12/2025                | 92560689        | TOTAL A PAGAR \$494.600 |     |

[illegible]

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAVORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozami@gmail.com  |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |  |  |  |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.        | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLÉADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              |                                  |               |                         |                 | 2025-12       |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | 42652889      |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | \$493.900     |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |
|---------------|--------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora |
|               |              |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |
| EPS005        | Santitas EPS | 800251440-6 | 212.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 200       |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 0         |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 212.700   |
|               |              |             |                        |               |                  |       |                     |       | 1         |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colfondos | 800227940-6 | 272.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 1         | 200                   | 0              | 272.200       | 1             |

TOTALES RESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros | Valor Neto | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|------------------------|---------------|---------------|------------|-----------|-----------------------|-----------------------|---------------------|--------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8.900                  |               |               | 8.900      | 1         | 100                   | 89                    | 9.000               |              |                     | 89                | 9.000         | 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            | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP         |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| MEN          |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 212.500                             | 212.700       | 212.700       |
| Pensión                | 1                              | 272.000                             | 272.200       | 272.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.900                               | 9.000         | 9.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 493.400                             | 493.900       | 493.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozam1@gmail.com  |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.        |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPL-EADOS    | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              |                                  |               |                         |                 | \$493.900     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                         |         |           |           |     |     |     |     |     |     |                       |     |    |     |     |     |     |            |        |           |         |            |                       |                      |                                |                                 |          |                       |                   |         |                |            |            |         |            |                        |              |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|------------|--------|-----------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------|---------|----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|--------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | INFORMACIÓN COTIZANTE   |         |           |           |     |     |     |     |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |    |     |     |     |     |            |        |           | PENSIÓN |            |                       |                      |                                | SALUD                           |          |                       | RIESGOS LABORALES |         |                |            |            | CCF     |            |                        | PARAFISCALES |             |             |            |   |
|                       |      |                       | Cuentas                 | Subtipo | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TAE | TOP | TAP | VAP | VST                   | SLN | LA | VAC | AVC | WCT | IRL | CORRECCIÓN |        | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL          | IBC ARL | Cota de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA  | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
|                       | CC   | 8077896               | ZAMORA JIMENEZ LEONARDO | 57      | 0         | N         |     |     |     |     |     |     |                       |     |    |     |     |     |     |            | 231001 | 1,700,000 | 272,000 | 0          | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1,700,000             | 212,500           | 14-23   | 1,700,000      | 1          | 8,500      |         | 0          | 0                      | 0            | 0           | 0           | 0          | 0 |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                       |              |                    |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 80747896          | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364      | leozami@gmail.com  |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |  |  |  |
| UNICA               | I – Independiente |                         |                       | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |  |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|--|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |  |
|                      |                                    | 58387646        | 02/03/2026                | 1                  | 0            |  |
| PERÍODO SALUD        | PERÍODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |  |
| 2026-01              | 2026-01                            | I               | \$2.000.000               | \$623.500          |              |  |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |            |             |                        |               |                  |       |                     |                |               |
|---------------|------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|----------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre     | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |                | Días Mora     |
|               |            |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor          |               |
| EPS005        | Santas EPS | 800251440-6 | 250.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0              | 7             |
|               |            |             |                        |               |                  |       |                     | Valor Mora UPC | Total a Pagar |
|               |            |             |                        |               |                  |       |                     | 1.200          | 251.200       |
|               |            |             |                        |               |                  |       |                     | 0              | 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 |
|------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colfondos | 800227940-6 | 320.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.500                 | 0              | 321.500       | 1             |

## TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Valor Neto | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------|-----------|-----------------------|---------------------|--------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |            |           |                       |                     |              |                     |                   |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 10.500                 |                  |       | 10.500     | 7         | 100                   | 10.600              |              |                     | 105               | 10.600        | 1             |

## TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 860066842-7 | 40.000       | 7         | 200               | 40.200        | 1             |

## TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| SENA         |           |                   |               |               |
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP         |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| MEN          |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |  |  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora |  |  |
| Salud                  | 1                              | 250.000                             |  |  |
| Pensión                | 1                              | 320.000                             |  |  |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 10.500                              |  |  |
| CCF                    | 1                              | 40.000                              |  |  |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   |  |  |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   |  |  |
| MEN                    | 0                              | 0                                   |  |  |
| SENA                   | 0                              | 0                                   |  |  |
| TOTALES                | 4                              | 620.500                             |  |  |

| DATOS DEL APORTANTE |          |                         |                       |          |                    |                                     |  |  |  | DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|---------------------|----------|-------------------------|-----------------------|----------|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| TIPO                | NÚMERO   | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  | PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| CC                  | 80747896 | LEONARDO ZAMORA JIMENEZ | calle 49 b #10 03 sur | 7391364  | leozamir@gmail.com |                                     |  |  |  |                      |                                    | 58387646        | 02/03/2026                | 1                  | 0            |
| FORMA PRESENTACIÓN  |          | CLASE APORTANTE         | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO   | DEPARTAMENTO       | CIUDAD / MUNICIPIO                  |  |  |  | PERÍODO SALUD        | PERÍODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| ÚNICA               |          | I – Independiente       |                       |          | BOGOTÁ D. C.       | BOGOTÁ D.C.                         |  |  |  | 2025-01              | 2026-01                            | I               | \$2.000.000               | \$623.500          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                     |           |         |            |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |              |      |            |                     |                      |                                 |          |                       |      |          |         |      |            |         |      |            |                        |             |             |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|-----------|---------|------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|------|------------|---------------------|----------------------|---------------------------------|----------|-----------------------|------|----------|---------|------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                     |           |         |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |     |     |     | RIESGOS LABORALES |     |     |     | CCF |     |     | PARAFISCALES |      |            |                     |                      |                                 |          |                       |      |          |         |      |            |         |      |            |                        |             |             |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotizador             | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct     | Nov | Dic | RET | TDE   | TAE | TAP | VST | VSP               | SLN | ISE | VFI | VAC | VCT | IRI | CORRECCION   | Días | Cotización | Valorativo Afiliado | Valorativo Aportante | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | Cotización/ Valor UPC | Días | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SEVA | Aporte ICBF | Aporte MEN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                 |                     |           |         |            |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |              |      |            |                     |                      |                                 |          |                       |      |          |         |      |            |         |      |            |                        |             |             |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                 |                     |           |         |            |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |              |      |            |                     |                      |                                 |          |                       |      |          |         |      |            |         |      |            |                        |             |             |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |