

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                  |                 |                                |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN        | TELÉFONO        | CORREO                         | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1193238639        | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO | Calle 59 #1c 125 | 3148887616      | alejandramosquera302@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO           | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO             |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                     |                  | VALLE DEL CAUCA | CALI                           |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 70568542        | 26/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$508.300          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                        |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|------------------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre                 | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                        |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS018        | Serv. Occ. Salud - EPS | 805001157-2 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200                  |                  |       |                        | 9.200                 | 0         | 0                     | 9.200               |                            |                     | 92                | 9.200         | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 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                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.200                               | 9.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 508.300                             | 508.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1193238639        | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO |        | Calle 59 #1c 125 | 3148887616         | alejandramosquera302@gmail.com      |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                     |        | VALLE DEL CAUCA  | CALI               |                                     |
|                     |                   |                                     |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                     |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 70568542        | 26/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$508.300          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                     | INFORMACIÓN NOVEDADES |       |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |    |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            | SALUD    |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres                 | Cotizante             | Salud | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TOP | TRP | USP | SN | ISE | LMA     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Rango | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 1193238639                   | MOSQUERA HIDALGO MICHELLE ALEJANDRA | 59                    | 0     |            |                 | N         |     |     |     |     |     |     |     |    |     |         |     |     |     |     |            | 230201   | 1.750.905 | 30   | 280.200           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS018   | 1.750.905 | 30   | 218.900                | 14-23    | 1.750.905 | 30   | 1              | 9.200      |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

Información básica de la planilla

|                         |                                     |                                |            |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Empresa:                | MICHELLE ALEJANDRA MOSQUERA HIDALGO | NIT:                           | 1193238639 |
| Tipo Planilla:          | I                                   | Periodo liquidación Pensiones: | marzo 2026 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                           | Periodo liquidación Salud:     | marzo 2026 |
| Número de Radicación:   | 70568542                            | Total a pagar:                 | \$508,300  |
| Fecha de vencimiento:   | 13/04/2026                          | Total de empleados:            | 1          |
| Fecha de Pago:          | 26/03/2026                          | Número de Administradoras:     | 3          |

Detalles del pago

|                           |                                       |                      |                          |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Razón social recaudo:     | Compensar OI                          | Nit recaudo:         | 9998600669427            |
| Descripción:              | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | Medio de Pago:       | Pago Electronico por PSE |
| Banco:                    | NEQUI                                 | Número Autorización: | 169404360                |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada                  |                      |                          |

| Código | NIT       | Administradoras                             | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|---|----------------|--|--|--------------|
| 14-23  | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS                | 1              |  | \$0  | \$9,200      |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion)               | 1              |  | \$0  | \$280,200    |
| EPS018 | 805001157 | Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS | 1              |  | \$0  | \$218,900    |
|        |           |   |                |  |  | \$508,300    |

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