

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                      |                 |              |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                     | DIRECCIÓN       | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 80099943          | FABIAN ERNESTO ZAMBRANO<br>HERNANDEZ | calle 6 no 8 26 | 3182821129   | fazh69@hotmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                      | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                      |                 | TOLIMA       | CHAPARRAL          |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                 |                             |                    |              |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                      | 76767847        | 21/04/2026                  | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                      | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                              | I               | \$0                         | \$725.600          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 312.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 312.500       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 400.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 400.000       | 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 | 13.100                 |                  |       |                        | 13.100                | 0         | 0                     | 13.100              |                            |                     | 131               | 13.100        | 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                              | 312.500                             | 312.500       |
| Pensión                | 1                              | 400.000                             | 400.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 13.100                              | 13.100        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 725.600                             | 725.600       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80099943          | FABIAN ERNESTO ZAMBRANO HERNANDEZ |        | calle 6 no 8 26 | 3182821129         | fazh69@hotmail.com                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |        | TOLIMA          | CHAPARRAL          |                                     |
|                     |                   |                                   |        |                 |                    | 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 |
|                      |                                   | 76767847        | 21/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$725.600          |              |

| 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            | Columna anterior | Exonerado | NO | RET | TRE | TRE | UP      | UPC | UPC | UPC | UPC | UPC | UPC   | UPC | UPC | UPC | UPC               | 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 Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC 80099943                     | ZAMBRANO HERNANDEZ FABIAN ERNESTO |  |  | 57        | 0       |                       | N                |           |    |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |     | 230201            | 2.500.000 | 30      | 400.000 | 0          | 0                   | 0                    | 0                              | EPS005                          | 2.500.000 | 30      | 312.500 | 14-23                 | 2.500.000 | 30      | 1    | 13.100          |            | 0          | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA