

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                 |                    |                          |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 1006184845        | KAREN DANIELA CAICEDO PARRA |        | CRA 4 2 6       | 3165881545         | karen02caicedo@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                             |        | VALLE DEL CAUCA | CALI               |                          |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                             |        |                 |                    | NO                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                         |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 44075711        | TOTAL A PAGAR \$517.400 |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| ESSC18        | EPS-S Emssanar | 901021565-8 | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 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 | 18.300                 |                  |       |                        | 18.300                | 0         | 0                     | 18.300              |                            |                     | 183               | 18.300        | 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                              | 18.300                              | 18.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 517.400                             | 517.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1006184845        | KAREN DANIELA CAICEDO PARRA |        | CRA 4 2 6       | 3165881545         | karen02caicedo@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | VALLE DEL CAUCA | CALI               |                                     |
|                     |                   |                             |        |                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 44075711        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$517.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                  |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |        |           |         |                   |                      |                      |                                |                                 |           |              |                       |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|----|----|----|----|--------|-----------|---------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|-----------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                  |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |    |    |    |    | SALUD  |           |         | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |           | PARAFISCALES |                       |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Cotiz. exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE     | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA     | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS      | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1006184845            | CAICEDO PARRA KAREN DANIELA | 59        | 0       |           |                  | N   |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    | 230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0                 | 0                    | 0                    | 0                              | ESSC18                          | 1.750.905 | 218.900      | 14-23                 | 1.750.905 | 2       | 18.300          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

Información básica de la planilla

|                         |                             |                                |            |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------|
| Empresa:                | KAREN DANIELA CAICEDO PARRA | NIT:                           | 1006184845 |
| Tipo Planilla:          | I                           | Periodo liquidación Pensiones: | enero 2026 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                   | Periodo liquidación Salud:     | enero 2026 |
| Número de Radicación:   | 44075711                    | Total a pagar:                 | \$517,400  |
| Fecha de vencimiento:   | 11/02/2026                  | Total de empleados:            | 1          |
| Fecha de Pago:          | 10/02/2026                  | 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: | 51207627                 |
| 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  | \$18,300     |
| 230301 | 800224808 | Porvenir                     | 1              |  | \$0  | \$280,200    |
| ESSC18 | 901021565 | EPS-S Emssanar               | 1              |  | \$0  | \$218,900    |
|        |           |                              |                |  |  | \$517,400    |

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