

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 66857962             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | RUTH ARCELIA OQUENDO MARTINEZ |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | CALI DEPARTAMENTO:            | VALLE  |
| DIRECCIÓN:  | CRA 1A 59 60                  | TELÉFONO: 4492870                              |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                         |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                            |  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 6015921821 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: mayo  | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026  | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/05/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 300160290     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |  |            |              |
|-----------------------|--------|--|------------|--------------|
|                       |        |  | TOTALES    |              |
|                       |        |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                     | 1          | \$ 500.900   |
| SUBTOTAL:             |        |  | 1          | \$ 500.900   |
|                       |        |  |            |              |
| SALUD                 |        |  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 391.300   |
| SUBTOTAL:             |        |  | 1          | \$ 391.300   |
|                       |        |  |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1          | \$ 16.400    |
| SUBTOTAL:             |        |  | 1          | \$ 16.400    |
|                       |        |  |            |              |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 908.600 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 908.600 |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |  |                      |  |                               | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |   |  |  |  |
|---|--|----------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|---|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:     |                                | 66857962  |  |  |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:  |  |                      |  | RUTH ARCELIA OQUENDO MARTINEZ |                                |   |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   |  | CALI                 |  | DEPARTAMENTO:                 |                                | VALLE   |  |  |  |
| DIRECCIÓN:  |  | CRA 1A 59 60         |  | TELÉFONO:                     |                                | 4492870   |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:   |  | 02-INDEPENDIENTE     |  | CLASE APORTANTE:              |                                | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:   |  | PRIVADA              |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:          |                                | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  |  | ÚNICO                |  |                               |                                |   |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                      |  |                               |                                |   |  |  |  |
|   |  |                      |  |                               |                                |   |  |  |  |

|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|--------------------------|--|------------|--|----------|--|------------|--|--|--|
| NÚMERO PLANILLA:         |  | 6015921821 |  |          |  |            |  |  |  |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES        |  | mayo AÑO |  | 2026       |  |  |  |
| DÍAS DE MORA:            |  |            |  |          |  | 0          |  |  |  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  |            |  |          |  | 2026/05/11 |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |
|                          |  |            |  |          |  |            |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |  |  |                |            |                     |           |  |             |              |            |            |            |            |              |  |  |
|-------------------------|--------------------|--|--|----------------|------------|---------------------|-----------|--|-------------|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA          |                    |  |  | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           |  |             | FSP          |            | MORA       |            | TOTALES    |              |  |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |  |  |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE |  | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP        | APORTES    | MORA       | VALOR PAGADO |  |  |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES |  |  | 1              | \$ 500.900 | \$ 0                | \$ 0      |  | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0       | \$ 500.900 | \$ 0       | \$ 500.900   |  |  |
| SUBTOTALES:             |                    |  |  |                |            |                     |           |  |             |              |            | \$ 500.900 | \$ 0       | \$ 500.900 |              |  |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |  |  |  |                   |                            |       |                     |       |               |            |             |             |            |             |            |      |           |              |
|-----------------------|--|--|--|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |  |  |  | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |            | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE                                 |  |  |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR      | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |  |  | 1                 | \$ 0                       |       | \$ 0                |       | \$ 0          | \$ 391.300 | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 391.300 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 391.300   |
| SUBTOTALES:           |  |  |  |                   |                            |       |                     |       |               |            |             |             |            |             | \$ 391.300 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 391.300   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |  |                |                     |       |                      |          |             |            |           |      |           |              |
|---------------------------------------|--|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN | TOTALES    |           |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                 |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR       | COTIZACIÓN | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |          | \$ 0        | \$ 16.400  | \$ 16.400 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 16.400    |
| SUBTOTALES:                           |  |                |                     |       |                      |          |             |            | \$ 16.400 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 16.400    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |  |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |                    |          |           |            |              |             |           |          |                           |              |  |          |           |            |      |            |  |      |           |             |             |              |       |          |      |                   |
|-------------------------------|----------------|--|----------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|--------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|--|----------|-----------|------------|------|------------|--|------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------|----------|------|-------------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |  |                |                   |                |                 |                       |                    |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |                    |          |           |            |              |             |           |          |                           | PARAFISCALES |  |          |           |            |      |            |  |      |           |             |             |              |       |          |      |                   |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                                | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | A/P | VCT | IRP              | PENSIÓN            |          |           |            | SALUD        |             |           |          | ARP                       |              |  |          | DÍAS COT  | IBC        | CCF  |            | SENA                                   | ICBF | ESAP      | MINEDU      |             |              |       |          |      |                   |
|                               |                |  |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  | ADMIN              | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN                                  | DÍAS COT |           |            | IBC  | COTIZACIÓN |  |      |           |             | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO |
| 1                             | CC 66857962    | QUEENDO MARTINEZ RUTH CONTRATO ARCELIA | INDEPENDIENTE  |                   | \$ 3.130.400   |                 |                       | NO                 |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  | 25-14 COLPENSIONES | 30       | 3.130.400 | \$ 500.900 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 500.900   | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30       | 3.130.400 | \$ 391.300 | \$ 0 | \$ 391.300 | 14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A | 30   | 3.130.400 | \$ 66857962 | \$ 16.400   | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              |