

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                    |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52886570          | PAOLA CAROLINA ZABALA ALVAREZ |        | CRA 64 No. 22 B 10 INT. 7 APT. 801 | 6953349            | pcarolina.zabala@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                       | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.                       | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                                    |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                                    |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 82370408        | 05/06/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                            | I               | \$3,184,000               | \$943.400          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 398.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 398.000       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 509.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 509.500       | 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 | 16.700                 |                  |       |                        | 16.700                | 0         | 0                     | 16.700              |                            |                     | 167               | 16.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |               |             |               |           |                   |
|---------------|----------------|--|--|--|---------------|-------------|---------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |               | NIT         | Valor Aporte  | Días Mora | Valor Mora Aporte |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  |               | 860066942-7 | 19.200        | 0         | 0                 |
|               |                |  |  |  | Total a Pagar |             | No. Afiliados |           |                   |
|               |                |  |  |  | 19.200        |             | 1             |           |                   |

| 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                              | 398.000                             | 398.000       |
| Pensión                | 1                              | 509.500                             | 509.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.700                              | 16.700        |
| CCF                    | 1                              | 19.200                              | 19.200        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 943.400                             | 943.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                    |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52886570          | PAOLA CAROLINA ZABALA ALVAREZ |        | CRA 64 No. 22 B 10 INT. 7 APT. 801 | 6953349            | pcarolina.zabala@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                       | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.                       | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                                    |                    | 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 |
|                      |                                   | 82370408        | 05/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$3,184,000              | \$943.400          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                               |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            |          | SALUD     |      |            | RIESGOS LABORALES   |                      |                                |                                 | CCF      |           |      |                        | PARAFISCALES |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VGP | SEN | ICE | LVA     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 52886570                     | ZABALA ALVAREZ PAOLA CAROLINA | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 25-14    | 3.184.000 | 30   | 509.500    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 3.184.000 | 30   | 398.000                | 14-23        | 3.184.000 | 30   | 1               | 16.700     | CCF24      | 3.184.000 | 30   | 19.200     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |