

[illegible]

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 79834594          | GONZALO ALBERTO GONZALEZ RAMIREZ |        | KRA 93B 6 38 CASA 31 | 4010214            | zalo101gonzalo@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 |
|                      |                                    | 93396516        | 16/07/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                            | I               | \$0                       | \$550.000          |              |

## 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 | 236.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 236.900       | 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 | 303.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 303.200       | 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 | 9.900                  |                  |       |                        | 9.900                 | 0         | 0                     | 9.900               |                            |                     | 99                | 9.900         | 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                              | 236.900                             | 236.900       |
| Pensión                | 1                              | 303.200                             | 303.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.900                               | 9.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 550.000                             | 550.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 79834594          | GONZALO ALBERTO GONZALEZ RAMIREZ |        | KRA 93B 6 38 CASA 31 | 4010214            | zalo101gonzalo@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 |
|                      |                                   | 93396516        | 16/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$550.000          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                     |           |       |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |     |              |     |     |  |  |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|-----|-----|--|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                     |           |       |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |     |     | RIESGOS LABORALES |     |     |     | CCF |     |     |     | PARAFISCALES |     |     |  |  |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres                 | Cotizante | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP   | TAP | TAP | TAP | TAP               | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP          | TAP | TAP |  |  |
| 1                     | CC 79834594                           | GONZALEZ RAMIREZ GONZALO<br>ALBERTO | 59        | 0     |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |     |              |     |     |  |  |
|                       |                                       |                                     |           |       |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |     |     |                   |     |     |     |     |     |     |     |              |     |     |  |  |