

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                     |        |                             |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE    |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 37831233          | ximena arias rincon |        | cra 7 c bis n 141 a 28 casa | 1234567            | ximenarias0807@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 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 90504098        | 30/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$398.500          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| MIN002        | MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud | 901037916-1 | 382.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 382.500       | 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 |

| 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 | 16.000                 |                  |       |                        | 16.000                | 0         | 0                     | 16.000              |                            |                     | 160               | 16.000        | 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                              | 382.500                             | 382.500       |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.000                              | 16.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 398.500                             | 398.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                     |        |                             |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE    |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 37831233          | ximena arias rincon |        | cra 7 c bis n 141 a 28 casa | 1234567            | ximenarias0807@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 |
|                      |                                   | 90504098        | 30/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$398.500          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                     | INFORMACIÓN NOVEDADES |       |            |                 |            |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |         |      | CCF        |                     |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |         |           |                        |          |         |           |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|-------|------------|-----------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|----------|---------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|-----------|------------------------|----------|---------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante             | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TAP | VST     | VST | SEN | AGE | LVA | ANP   | ANP | RET | CORRECCION        | 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 37831233                     | arias rincon ximena | 59                    | 3     |            |                 | N          |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |       |     |     |                   |          | 0       | 0    | 0          | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | MIN002  | 3.059.700 | 30                     | 382.500  | 14-23   | 3.059.700 | 30              | 1          | 16.000     |         | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |