

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                      |                           |   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                 |
|---|----------------------|---------------------------|---|--------------------------------|------------|---------------------------|-----------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 66785467  | NÚMERO PLANILLA:               | 7987126978 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTE |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  |                      | FAISURY ARANGO CASTANO    | ARANGO CASTANO                                    | PERÍODO COTIZACIÓN OTROS       | 2025       | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: | 2025            |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | PALMIRA              | DEPARTAMENTO:             | VALLE   | MES                            | agosto     | AÑO                       | agosto          |
| DIRECCIÓN:  | CR 7 26 23           | TELÉFONO:                 | 2851501   | 0                              |            |                           |                 |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                   | 2025/09/15                     |            | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 7782986         |
| 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): |                      |                           | NO  |                                |            |                           |                 |

| 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      |
| 230301                  | 230301-PORVENIR |  | 1              | \$ 227.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 227.800        | \$ 0        | \$ 227.800        |
| <b>SUBTOTAL ES:</b>     |                 |  |                |            |                     |           |             |              |            |      | <b>\$ 227.800</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 227.800</b> |

| TOTAL APORTES A SALUD |                     |                        |                   |                               |                        |                     |          |               |            |                |            |                |                  |      |             |              |                  |  |  |
|-----------------------|---------------------|------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------|----------|---------------|------------|----------------|------------|----------------|------------------|------|-------------|--------------|------------------|--|--|
| ADMINISTRADORA        |                     |                        | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |                        | LICENCIA MATERNIDAD |          | SALDO A FAVOR |            | LIQUIDACIÓN    |            | MORA           |                  |      |             | TOTALES      |                  |  |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE              | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN |                   | VALOR                         | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR               | PLANILLA | VALOR         | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | APORTES          | MORA | DESCUENTO   | VALOR PAGADO |                  |  |  |
| EPS005                | EPS005-SANITAS S.A. |                        | 1                 | \$ 0                          |                        | \$ 0                |          | \$ 0          | \$ 178.000 | \$ 0           | \$ 0       | \$ 0           | \$ 178.00        | \$ 0 | \$ 0        | \$ 0         | \$ 178.00        |  |  |
| <b>SUBTOTALES:</b>    |                     |                        |                   |                               |                        |                     |          |               |            |                |            |                | <b>\$ 178.00</b> |      | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b>  | <b>\$ 178.00</b> |  |  |

| 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       |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | \$ 0                | \$ 0           | \$ 0            | \$ 62.00             | \$ 62.00        | \$ 0        | \$ 62.00        | \$ 62.00        | \$ 0        | \$ 62.00        |
| <b>SUBTOTALES:</b>                    |                  |                     | <b>1</b>       | <b>\$ 62.00</b> | <b>\$ 0</b>          | <b>\$ 62.00</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 62.00</b> | <b>\$ 62.00</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 62.00</b> |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                |  |                |                |             |                |
|---|----------------|--|----------------|----------------|-------------|----------------|
| ADMINISTRADORA                                |                |  | No. COTIZANTES | TOTALS         |             |                |
| CÓDIGO  | NOMBRE         |  |                | APORTES        | MORA        | VALOR PAGADO   |
| CCF57   | CCF57-COMFANDI |  | 1              | \$ 8.60        | \$ 0        | \$ 8.60        |
| <b>SUBTOTALS:</b>                             |                |  |                | <b>\$ 8.60</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 8.60</b> |

**TOTAL PAGADO:** \$ 476.40