

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                            |                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | 79593491                   |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      | JOSE CRISTINO PEREZ CORTES |                            |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | YOPAL                | DEPARTAMENTO:              | CASANARE                   |
| DIRECCIÓN:                                                                | CR 10 NO 2-46 SUR    | TELÉFONO:                  | 3111111                    |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:           | I-INDEPENDIENTE            |
| TIPO EMPRESA:                                                             |                      | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONOMICA:       |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |                      | ÚNICO                      | Otros trabajos de edición. |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                            | NO                         |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |         |                      |                  |                           |
|--------------------------------|------------|---------|----------------------|------------------|---------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7747366569 |         | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |                           |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | febrero | AÑO                  | 2020             | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |
| DÍAS DE MORA:                  |            |         |                      | 4                | MES                       |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/03/24 |         | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 583621557        |                           |

| 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         | \$ 224.000     | \$ 0       | \$ 0                | \$ 0        | \$ 0         | \$ 700     | \$ 0 | \$ 224.000 | \$ 700  | \$ 224.700   |
| SUBTOTALES:             |                 |           |                |            |                     |             |              |            |      | \$ 224.000 | \$ 700  | \$ 224.700   |

| 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  | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES    | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037                | EPS037- NUEVA EPS | 1                 |                               | \$ 0  |                        | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 175.000  | \$ 0 | \$ 600     | \$ 0 | \$ 175.000 | \$ 600 | \$ 0      | \$ 175.600   |
| SUBTOTALES:           |                   |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |      |            |      | \$ 175.000 | \$ 600 | \$ 0      | \$ 175.600   |

[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 400.300</b> |
|--------------|-------------------|