

### 1. DATOS DEL CONTRATISTA

|                          |               |    |   |                 |    |      |                                      |
|--------------------------|---------------|----|---|-----------------|----|------|--------------------------------------|
| 1. DATOS DEL CONTRATISTA |               |    |   | No. de Contrato |    | Año  | Fecha de Inicio<br>(dd-mes-aaaa)     |
| C.C. o NIT               | 1.030.587.823 | DV | 4 | <b>CPS 35</b>   | de | 2020 | 06-feb-2020                          |
|                          |               |    |   |                 |    |      | Fecha de Finalización<br>05-ago-2020 |

**Nombre del Contratista** SEBASTIÁN ALEXANDER ÁLVAREZ CHIAPE

Correo Electrónico [sa.alvarezjuridico@gmail.com](mailto:sa.alvarezjuridico@gmail.com)

Telefono de Contacto 3132110620

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto del Contrato</b> | Contratar la prestación de servicios profesionales a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, para apoyar la consolidación y el análisis de la información del proceso de control legal de las cajas de compensación familiar. |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cuenta Bancaria

|               |            |                |         |
|---------------|------------|----------------|---------|
| No. de Cuenta | 1361592979 | Tipo de Cuenta | AHORROS |
|---------------|------------|----------------|---------|

## 2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| Valor Inicial del Contrato (1) | \$ 23.400.000,00 |
|--------------------------------|------------------|

Valor Modificaciones (2)

|                  |    |               |
|------------------|----|---------------|
| Valor Pagado (5) | \$ | 19.500.000,00 |
|------------------|----|---------------|

|                             |    |              |             |
|-----------------------------|----|--------------|-------------|
| Valor Causado No Pagado (6) | \$ | 3.900.000,00 | % ejecución |
|-----------------------------|----|--------------|-------------|

|                         |    |               |        |
|-------------------------|----|---------------|--------|
| Valor Ejecutado (7=5+6) | \$ | 23.400.000,00 | 100.0% |
|-------------------------|----|---------------|--------|

|                                    |    |   |
|------------------------------------|----|---|
| Valor Disponible por Pagar (8=3-7) | \$ | - |
|------------------------------------|----|---|

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Valor Total del Contrato (3=1+2) | \$ 23.400.000,00 |
|----------------------------------|------------------|

## Pagos efectuados

| Pago<br>Número | No. Factura o Doc.<br>Equivalente | Fecha:<br>(dd-mes-aaaa) | Valor           |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1              | 1                                 | 02-mar-2020             | \$ 3.900.000,00 |
| 2              | 2                                 | 02-abr-2020             | \$ 3.900.000,00 |
| 3              | 3                                 | 02-may-2020             | \$ 3.900.000,00 |
| 4              | 4                                 | 02-jun-2020             | \$ 3.900.000,00 |
| 5              | 5                                 | 02-jul-2020             | \$ 3.900.000,00 |

[illegible]

\$ 19.500.000,00

### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR

| Presupuestal   |                                                                                                                                                         |                 |                                           |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|
| No. Compromiso | Objeto del Gasto                                                                                                                                        | Valor           | 3. Uso Presupuestal                       |
| 7820           | C-3699-1300-7-0-3699053-02 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA | 3.900.000,00    | A-02-02-02-008-002-01 SERVICIOS JURÍDICOS |
| Total a Pagar  |                                                                                                                                                         | \$ 3.900.000,00 | Seleccione...                             |

| Número Factura o<br>Doc. Equivalente | Fecha de Expedición<br>(dd-mes-aaaa) | Régimen IVA        | Nro. Pago | Valor Antes de IVA (A) | Valor IVA (B) | Valor a Pagar (A+B) |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------|------------------------|---------------|---------------------|
| 6                                    | 03-ago-2020                          | No responsable IVA | 6         | \$ 3.900.000,00        |               | \$ 3.900.000,00     |

Nº Planilla de Pago

Periodo de aporte (Mes | Año)

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor del contrato o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes.

Para constancia Firmo con fecha 04-ago-2020

**DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR**

Nombre(s) Iván Darío Guauque Torres

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Identificación CC o NIT | 74.183.000 |
|-------------------------|------------|

|          |                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo(s) | Superintendente Delegado para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales (E) |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dependencia | Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

Firma(s)

*[Handwritten signature]*

**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS  
PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° CPS 35 DE 05 DE FEBRERO DE 2020

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |             |                                                                                                                    |                |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| OBJETO DEL CONTRATO:              | Contratar la prestación de servicios profesionales a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, para apoyar la consolidación y el análisis de la información del proceso de control legal de las cajas de compensación familiar. | FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO: | 05/02/2020  | FECHA DEL INFORME:                                                                                                 | 03/06/2020     |
| PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:       | Contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfección                                                                                                                                                                                                                   | PRORROGAS:                         |             | PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:                                                                                          | SEIS (6) MESES |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:       | \$ 23.400.000                                                                                                                                                                                                                                                                       | ADICIONES:                         |             | VALOR TOTAL DEL CONTRATO:                                                                                          | \$ 23.400.000  |
| Periodo correspondiente del pago: | Desde: 01/07/2020                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hasta: 31/07/2020                  | Pago No.: 6 | Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato) | 100%           |

En el marco de la consolidación de la información para la elaboración del documento de "buenas prácticas corporativas", colaboro en la elaboración del documento:

|                                        |                                                 |               |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|
| ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: | 1. respuesta Anonimo CAJASAI                    | 28 julio 2020 |
|                                        | 2. Proyecto resolución CAJASAI - acta 03 CD     | 27 julio 2020 |
|                                        | 3. requerimiento documentos CAJACOPI - AGA 2020 | 28 julio 2020 |
|                                        | 4. requerimiento documentos COMFANDI - AGA 2020 | 29 julio 2020 |
|                                        | 5. carta y remisión COMFENALCO CARTAGENA        | 30 julio 2020 |

OBSERVACIONES: Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente, de conformidad a lo pactado en el contrato.

  
SEBASTIÁN ALEXANDER ALVAREZ CHIAPE

Firma del Supervisor del contrato

  
Iván Darío Castañeda Torres,

C.C. 1.030.587.823

Cargo y Dependencia donde labora

Superintendente Delegado para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales (E)  
Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°

6

FECHA

03-ago-2020

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**  
**NIT 860.503.600-9**

**DEBE A:**

NOMBRES Y APELLIDOS:

SEBASTIÁN ALEXANDER ÁLVAREZ CHIAPE

CC o NIT

1.030.587.823

DV

4

LA SUMA DE:

\$ 3.900.000,00

VALOR EN LETRAS

TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE.

CONTRATO N°

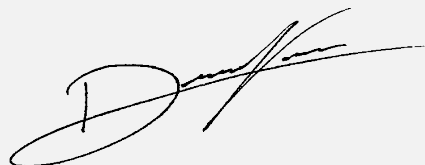
CPS 35

DE

2020

POR CONCEPTO DE:

Contratar la prestación de servicios profesionales a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, para apoyar la consolidación y el análisis de la información del proceso de control legal de las cajas de compensación familiar.



Firma

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |        |                          |                    |                              |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                  | 1030587823        | Sebastian Alexander Alvarez Chiape |        | Cra 72b no 6d 72 int 152 | 4645217            | sa.alvarezjuridico@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                    |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                        |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD               |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC       |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1                    0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR          |
| 2020-06              | 2020-06                           | I             |                          | 43935984        | \$452.800              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 195.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 195.000       | 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 | 249.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 249.600       | 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 | 8.200                  |                  |       |                        | 8.200                 | 0         | 0                     | 8.200               |                            |                     | 82                | 8.200         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| 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                              | 195.000                             | 195.000       |
| Pensión                | 1                              | 249.600                             | 249.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.200                               | 8.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 452.800                             | 452.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1030587823        | Sebastian Alexander Alvarez Chiae |        | Cra 72b no 6d 72 int 152 | 4645217            | sa.alvarezjuridico@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD               |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC        |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1                    0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR          |
| 2020-06              | 2020-06                           | I             |                          | 43935984        | \$452.800              |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                    |  |  |  |           |                       |            |                 |           |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |                   |    |           |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                 |               |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------------|--|--|--|-----------|-----------------------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|----|-----------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|---------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                    |  |  |  |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |            |                 |           |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |    |           | CCF      |           |            | PARAFISCALES         |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                 |               |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                |  |  |  | Cotizante | Salario               | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP     | TAP | VSP | VST | SEI | SEI | SEI   | VAC | AVP | ACT               | RL | CDRSG COA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización de | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |
| 1                     | CC   | 1030587823            | ALVAREZ CHIAPE SEBASTIAN ALEXANDER |  |  |  | 59        | 0                     |            |                 | N         |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |                   |    |           | 25-14    | 1.560.000 | 249.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS005  | 1.560.000              | 195.000  | 14-23   | 1.560.000       | 1             | 8.200      |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 |

**Información básica de la planilla**

|                                |                                    |                                       |            |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| <b>Empresa:</b>                | Sebastian Alexander Alvarez Chiape | <b>NIT:</b>                           | 1030587823 |
| <b>Tipo Planilla:</b>          | I                                  | <b>Periodo liquidación Pensiones:</b> | junio 2020 |
| <b>Sucursal o Dependencia:</b> | PRINCIPAL                          | <b>Periodo liquidación Salud:</b>     | junio 2020 |
| <b>Número de Radicación:</b>   | 43935984                           | <b>Total a pagar:</b>                 | \$452,800  |
| <b>Fecha de vencimiento:</b>   | 30/09/2020                         | <b>Total de empleados:</b>            | 1          |
| <b>Fecha de Pago:</b>          | 08/07/2020                         | <b>Número de Administradoras:</b>     | 3          |

**Detalles del pago**

|                                  |                                       |                             |                          |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <b>Razón social recaudo:</b>     | Compensar OI                          | <b>Nit recaudo:</b>         | 9998600669427            |
| <b>Descripción:</b>              | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | <b>Medio de Pago:</b>       | Pago Electronico por PSE |
| <b>Banco:</b>                    | BANCOLOMBIA                           | <b>Número Autorización:</b> | 677259838                |
| <b>Estado de la transacción:</b> | Transacción aprobada                  |                             |                          |

| Código | NIT       | Administradoras                          | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-23  | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS             | 1              |                                              | \$0                                          | \$8,200      |
| 25-14  | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1              |                                              | \$0                                          | \$249,600    |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS                              | 1              |                                              | \$0                                          | \$195,000    |
|        |           |                                          |                |                                              |                                              | \$452,800    |

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Último ingreso exitoso: 2020-08-11 / 02:08:10 PM | Último ingreso fallido: 2020-05-04 / 12:05:13 PM

Datos

Empleados

Planillas

Documentos

Reportes

Cesantías

Pensiones Voluntarias

Salir

Periodo Pensión: Agosto 2020. Periodo Salud: Agosto 2020. Agosto 11 de 2020 / 3:03 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Planillas Pagadas](#)

Planillas / Planillas Pagadas

Filtrar listado

Sucursales

- Todas -

Periodo pensiones

- Mes -

Tipo planilla

- Todos -

Filtrar

Buscar por número de planilla

Número de planilla

Buscar

[» Ver planillas](#) [» Exportar a Excel](#) 

| Fecha                  | Tipo Planilla* | Número de Planilla | Periodo Pensión | Total pagado | Fecha de Vencimiento | Fecha de Pago | Estado | PDF                          | Reporte          | Info Adicional |
|------------------------|----------------|--------------------|-----------------|--------------|----------------------|---------------|--------|------------------------------|------------------|----------------|
| 7/10/2020 7:09:44 AM   | I              | 43996830           | Julio 2020      | \$452,800    | 8/10/2020            | 8/11/2020     | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 7/8/2020 2:14:47 PM    | I              | 43935984           | Junio 2020      | \$452,800    | 7/7/2020             | 7/8/2020      | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 6/12/2020 3:28:01 PM   | I              | 43374181           | Mayo 2020       | \$452,800    | 6/5/2020             | 6/12/2020     | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 6/1/2020 7:06:14 AM    | I              | 43017824           | Abril 2020      | \$452,800    | 5/8/2020             | 6/1/2020      | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 4/23/2020 3:29:28 PM   | I              | 42108434           | Marzo 2020      | \$462,200    | 4/7/2020             | 4/27/2020     | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 4/23/2020 3:25:28 PM   | N              | 42108400           | Febrero 2020    | \$8,100      | 3/6/2020             | 4/23/2020     | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 3/2/2020 9:23:42 AM    | I              | 40979319           | Febrero 2020    | \$377,300    | 3/6/2020             | 3/5/2020      | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 1/3/2020 10:02:57 AM   | I              | 39757101           | Diciembre 2019  | \$462,200    | 1/9/2020             | 1/3/2020      | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |
| 12/11/2019 12:03:05 PM | I              | 39354080           | Noviembre 2019  | \$355,900    | 12/6/2019            | 12/11/2019    | PAGADA | <a href="#">Ver Planilla</a> | -- Seleccione -- |                |

\* I = Planilla de aportes trabajador independiente, S = Planilla de aportes por servicio doméstico y trabajadores a cargo

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |        |                          |                    |                              |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                  | 1030587823        | Sebastian Alexander Alvarez Chiape |        | Cra 72b no 6d 72 int 152 | 4645217            | sa.alvarezjuridico@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                    |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD        |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR   |
| 2020-07              | 2020-07                           | I             | 11/08/2020               | 43996830        | \$452.800       |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 195.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 195.000       | 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 | 249.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 249.600       | 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 | 8.200                  |                  |       |                        | 8.200                 | 0         | 0                     | 8.200               |                            |                     | 82                | 8.200         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| 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                              | 195.000                             | 195.000       |
| Pensión                | 1                              | 249.600                             | 249.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.200                               | 8.200         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 452.800                             | 452.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |        |                          |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                                    |
| CC                  | 1030587823        | Sebastian Alexander Alvarez Chiape |        | Cra 72b no 6d 72 int 152 | 4645217            | sa.alvarezjuridico@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<br>NO |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2020-07              | 2020-07                           | I             | 11/08/2020               | 43996830        | \$452.800     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |            |                 |           |                       |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |    |                   |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |            |                 |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |    | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Subjugo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP     | VST | SEN | ISE | UMA | VAC | AVP   | VCT | RL | CONSECCIÓN        | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1030587823            | ALVAREZ CHIAPE SEBASTIAN ALEXANDER | 59        | 0       |            |                 | N         |                       |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |    |                   | 25-14    | 1.560.000 | 249.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.560.000 | 195.000                | 14-23    | 1.560.000 | 1               | 8.200      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA