	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 987-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-28642--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA	**Número de indentificación: (**CC**):** 28821063

Objeto del contrato: Prestación de servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor en los programas de Diálogo Ciudadano, así como Casas del Consumidor de Bienes y Servicio

Forma de pago:

UN (1) UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidara aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes Febrero de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar,

CINCO (5) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000), contados a partir del marzo de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar

UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 833.3330), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10 formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Fecha de suscripción: 2020-02-10	**Fecha de inicio:** 2020-02-10	**Fecha de terminación:** 2020-08-10

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 10 de Agosto de 2020, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la ARL.

Periodo de pago: Abril	**N° de pago:** Tercer

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Prórroga	**Término de la prórroga**	**Fecha final:**
Adición:	**Valor adición:**	**Valor Total:**
Reducción:	**Valor reducción:**	**Valor Total:**
Cesión:	**Cedente:**	**Cesionario:**
Suspensión:	**Término de suspensión:**	**Fecha reinicio:**

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor del contrato:	15,000,000

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 987-2020

Pagos Realizados:	4,166,667
Saldo del Contrato:	10,833,333
Valor de este Pago:	2,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	8,333,333

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Abril	**7750469549**
Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas		

SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del	**SI**	**NO**
		X

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Código CCP	Nombre del CCP	Número de Registro Presupuestal	Valor afectación
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-005-09-5	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS AUXILIARES ESPECIALIZADOS DE OFICINA	139120	2500000.0

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

Observaciones:

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en informe anexo (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente . Por lo anterior

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 13 días del mes de Mayo de 2020

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 987-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.05.13 13:06:45 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar en la ciudad de Ibague las campañas, visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de los programas Diálogo Ciudadano – Casa del consumidor de Bienes y Servicios, dirigida a consumidores, comerciantes y proveedores del territorio nacional.	28	16.0	Con ocasión a la emergencia causada por el Covid-19, la Superintendencia de Industria y Comercio emitió la circular No. 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales fueron suspendidas; por tal motivo, se han proyectado las visitas de divulgación a realizar con la investigación virtual semanal de las comunas 8,9,10,11y 12 en la ciudad de Ibagué. Estos informes han sido remitidos a la coordinadora Luz Stella Forero semanalmente. Dichos informes poblacionales y comerciales nos arrojaron los siguientes datos para tenerlos en cuenta para la realización de próximas visitas de divulgación: Comuna 8: 86 barrios Comuna 9: 87 barrios Comuna 10: 34 barrios Comuna 11: 21 barrios Comuna 12: 25 barrios
2. Capacitar y acompañar en los procesos de capacitaciones jurídicas de las normas vigentes sobre protección al consumidor, dirigidas a consumidores, comerciantes y proveedores que se realicen en el lugar establecido por el supervisor del contrato.	28	16.0	Asistí a capacitación virtual a cargo de la Dr. Diana Mejía: Abril 14: Temas tratados: garantías, publicidad engañosa, promociones y ofertas, información pública de precios. Abril 27: Temas tratados: derecho al retracto, ventas que utilizan métodos no tradicionales, reversión del pago, operaciones mediante sistema de financiación. Abril 28: Reunión virtual con la doctora María del Mar Cabrales donde se trataron aspectos generales del trabajo que hemos venido realizando durante el confinamiento por la emergencia del Covid-19
3. Elaborar las citaciones dirigidas a autoridades y particulares del orden nacional y local necesarios para la eficaz y correcta ejecución	28	16.0	Fueron proyectadas y enviadas las comunicaciones a la Alcaldía Municipal y Policía Metropolitana de Ibagué, en la

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
del programa Diálogo Ciudadano.			que se informa que serían impactadas las comunas 1 y 2 de la ciudad, por parte del equipo de ADC Ibagué, para la realización de visitas de divulgación a comerciantes de estas dos comunas.
4. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor.	28	16.0	Mediante comunicación sostenida con la gestora de la casa del consumidor de la ciudad de Ibagué, Dra. Carolina Toro, nos comunica que en virtud de la emergencia frente al Covid-19, la superintendencia de Industria y Comercio publicó la circular No 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales se encuentran suspendidas, debido a lo anterior, el personal se encuentra en capacitación permanente desde sus casa, por lo tanto, en caso de que el grupo de ADC Ibagué sea requerido para otra actividad, estaremos a su entera disposición.
5. Apoyar la caracterización de los ciudadanos atendidos así como el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas de los programas de Dialogo Ciudadano y Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.	28	16.0	En trabajo conjunto con los compañeros del programa de ADC Ibagué realizamos la identificación de las plazas de mercado de esta ciudad y nos pusimos en contacto con los administradores de cada plaza los cuales nos brindaron la información requerida desde la ciudad de Bogotá para el plan que se va a efectuar en los próximos meses en estas plazas de mercado. Identificamos las siguientes plazas de mercado: Plaza o centro de mercadeo social la 14. 180 puestos Plaza o centro de mercadeo social la 21. 670 puestos Plaza o centro de mercadeo social la 28. 272 puestos Plaza o centro de mercadeo social el Jardín. 677 puestos. Plaza del barrio especial El Salado. 60 puestos.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
6. Apoyar la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.	28	16.0	En virtud de la emergencia frente al Covid-19, la superintendencia de Industria y Comercio publicó la circular N 0011 del 2020, en la cual informó que las actividades presenciales se encuentran suspendidas. por tal razón, Se le está dando utilidad a los mecanismos virtuales de la SIC dispuestas para tal fin.
7.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual.	28	16.0	Se cumplió ya que el grupo ADC realizo teletrabajo requerido desde la ciudad de Bogotá, como lo fueron los informes poblacionales y comerciales de las diferentes comunas de la ciudad de Ibagué de conformidad con nuestro objeto contractual.

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO ÚNICO CIRCULAR No. 012 DE 2020

AUTORIZACIÓN DESCUENTO APORTE VOLUNTARIO IMPUESTO SOLIDARIO COVID-19 Y DECLARACION JURAMENTADA PARA DETERMINAR LA BASE GRAVABLE.

El presente formato está conformado por tres secciones, la **primera** para el diligenciamiento de la información básica, la **segunda** para los funcionarios o trabajadores independientes contratados por la SIC por prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión, que desean realizar el aporte voluntario del impuesto solidario COVID19 y la **tercera parte es exclusiva** para **TODOS** los trabajadores independientes contratados por la SIC por prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión con el fin de establecer o confirmar la base gravable del impuesto.

1. **INFORMACIÓN BÁSICA –** (Marque una X o complete).

Bogotá, Fecha 04 / 05 /2020

Yo, Angela Rocio Osorio Rueda identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 28.821.063, en mi calidad de:

- ( ) Funcionario de la Superintendencia de Industria y Comercio, en el empleo de _____/

- (X) Contratista de la Superintendencia de Industria y Comercio prestando mis servicios en la siguiente dependencia: Red Nacional de Atención al Consumidor.

2. **AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO VOLUNTARIO COVID19 –** (Complete y marque con X).

En virtud de lo dispuesto en el Decreto 568 de 2020, a través del cual se creó el impuesto solidario por el COVID-19, con destinación específica a la inversión social en la clase media vulnerable y los trabajadores informales, se precisa que, únicamente deben diligenciar la siguiente información las personas que SI desean realizar el aporte voluntario, las personas que NO quieran hacerlo, NO serán sujeto del descuento.

Yo, _____ **autorizo** que de mi salario ____/ honorario ____ se descuente la suma de dinero que selecciono a continuación, según lo establecido en el artículo noveno del Decreto 568 de 2020, durante el/los meses(es) de:
mayo de 2020 ( ) junio de 2020 ( ) julio de 2020 ( ):

Rango salario en pesos		Tarifa Marginal	Aporte voluntario	Autorización (Marque con una X)
Mayores o iguales a:	Menores a:			
$1.755.606	$2.633.409	4%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima por Coordinación / menos 1.755.606) * 4% Contratistas: (Honorarios/menos 1.755.606) * 4%	
$2.633.409	$4.389.015	6%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación+ Prima por dependientes + Prima por Coordinación / menos 2.633.409) * 6% + 105.336 Contratistas: (Honorarios /menos 2.633.409) * 6% + 105.336	
$4.389.015	$6.144.621	8%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima por Coordinación /menos 4.389.015) * 8% + 210.672 Contratistas: (Honorarios/menos 4.389.015) * 8% + 210.672	
$6.144.621	$8.778.030	10%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima Coordinación /menos 6.144.621) * 10% + 351.121 Contratistas: (Honorarios/menos 6.144.621) * 10% + 351.121	
$8.778.030	$10.000.000	13%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima Coordinación /menos 8.778.030) * 13%+ 614.462 Contratistas: (Honorarios/menos 8.778.030) * 13% + 614.462	

3. DECLARACIÓN JURAMENTADA EXCLUSIVO PARA PERSONAS VINCULADAS A LA SIC POR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION PUBLICA (ES DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO).

Para efectos de establecer la sujeción pasiva, el hecho generador la base gravable y la tarifa del impuesto solidario por el COVID 19, declaro bajo la gravedad de juramento a la SIC que:

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

(Marque una X y/o complete):

➢ (x) El contrato número __987___ de __2020___, es el único que tengo en la actualidad con entidades públicas.

➢ ( ) En la actualidad además del contrato suscrito con la SIC, tengo otro(s) contrato(s) para lo cual remito la siguiente información:

Entidad Pública	Valor honorario mensual	Correo electrónico de contacto entidad pública	Marque con una X

Nota 1: Informe el o los correo(s) electrónico(s) del pagador/tesorero o contador o jefe financiero de la entidad pública.
Nota 2: Marque con una X la entidad pública que efectuará la retención de que trata el Decreto 568 de 2020.

FIRMA DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA:

Nota: Una vez diligenciado y firmado, debe ser enviado a la Dirección Financiera al correo de ccaceres@sic.gov.co c.mpfernandez@sic.gov.co

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA							
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E		NP	NIP	Número Ident.	28.821.063
Teléfono fijo		Celular 1	317 6767660				Celular 2	
Teléfono trabajo						Ext.		
Dirrección	Cra 5 No. 46-41 Apto 402 Piedra Pintada Alta					Ciudad		IBAGUÉ
Correo electrónico 1	angelaosorio3013@gmail.com					Correo electrónico 2		
Regimen Impuento a las Ventas	Simplificado	X	Comun		PENSIONADO		SI__ NO x	

1. Declaro bajo la gravedad de juramento

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el articulo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato № 987 de 2020, suscrito con La Superintencia de Industria y comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora
		Mes	Año	
SALUD TOTAL	7750469549	ABRIL	2020	$ 125.000,00
PORVENIR	7750469549	ABRIL	2020	$ 160.000,00
POSITIVA	7750469549	ABRIL	2020	$ 5.300,00

2. Para efectos de la aplicación del articulo 383 E.T.	SI	NO
a) Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensacion de servicios personales y para la generacion de dicho ingreso **NO** ha vinculado (2) dos o mas trabajadores asociados al desarrollo de la actividad.	X	

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

3. Solicitud deducciones (Art. 387 del E.T. y Art. 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013)

	SI	NO
c) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.		X
d) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la entidad que financia el crédito.		X
e) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los aportes a la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.		X

Nota: Diligencie el "Anexo 1 Declaración Juramentada" solo si su respuesta fué "SI" en alguno de los literales del ítem 3

4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre entidad	№ de cuenta	Valor

Se firma a los 4 dias del mes de Mayo del año 2020

Firma

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28821063
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA	TELÉFONO:	2762708
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7750469549**	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:				613507155

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	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

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	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:									**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 28821063	OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	28821063	$ 5.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL	**$ 290.300**