1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	
IDENTIFICACIÓN (No. CEDULA O NIT):1122783927	
No. DE CONTRATO: 1864/2024	Mayor cuantía _____ Menor Cuantía _____ Mínima cuantía___X_____
OBJETO DEL CONTRATO:	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS DEL SISTEMA INFORMATIVO DE RTVC
FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	06/09/2024
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	06/09/2024
MODIFICACIONES AL CONTRATO:	MODIFICACIÓN ADICION Y PRÓRROGA NO. 1 AL CONTRATO No. 1864-2024
PLAZO INICIAL:	El plazo de ejecución del contrato será de tres (3) meses y diecinueve (19) días, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato. Sin que supere el 31 de diciembre del 2024 sin superar el 31 de diciembre de 2024.
PRORROGAS:	Prorrogar el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales No. 1864 de 2024, por el término de 1 mes y 24 días, esto es, desde el 25 de diciembre de 2024 hasta el 18 de febrero de 2025
FUENTE DE FINANCIACIÓN:	PROYECTO INFORMATIVO REC PROPIOS - $8.243.498 RESOL 90/24 SIST INFORM/TVO Y PRODUC TRANSV - $1
PERIODO CERTIFICADO:	De 1 de febrero a 18 de febrero de 2025
NUMERO DE PAGO:	6

No. FACTURA Y FECHA (SI HAY LUGAR)	N/A

SEÑALE CON UNA - X - EL CASO QUE APLIQUE

GASTOS DE PRODUCCIÓN: _____	**GASTOS DE VIAJE____**
ADMINISTRACIÓN DELEGADA: REEMBOLSO_____	**COMISIÓN____**
ANTICIPO: _____	**PAGO ANTICIPADO: _____**

2. ESTADO DE EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

2.1. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECIFICAS: Para el periodo certificado el contratista cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato; con respecto a las obligaciones específicas, el contratista cumplió con las actividades derivadas de estas. A la fecha el contrato se ha desarrollado de manera normal sin inconvenientes de tipo jurídico, financiero, contable o técnico.

2. 2. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO:
El contrato se encuentra FINALIZADO, con un porcentaje de avance del **100,00%**

2.3. NOVEDADES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

2.4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD

SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES.

Certifico que el contratista realizó el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con el articulo ARTÍCULO 2.2.4.2.2.13., del decreto 1072 de 2015 y demás normas concordantes, conforme a las siguientes consideraciones:

Número de Planilla:	83330818
Periodo cotizado:	Enero de 2025

2.5 GARANTIAS:

Póliza No. _____ 14-47-101035696_____
Compañía Aseguradora _____seguros del estado__

			Vigencia	
Amparo	**Porcentaje amparado**	**Valor**	**Fecha inicial**	**Fecha final**
CUMPLIMIENTO	10%	$ 4,991,896.30	06/09/2024	30/04/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	$ 4,991,896.30	06/09/2024	30/04/2025

			Vigencia	
Amparo	**Porcentaje amparado**	**Valor**	**Fecha inicial**	**Fecha final**
CUMPLIMIENTO	10%	$ 7,464,945.80	06/09/2024	30/04/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	$ 7,464,945.80	06/09/2024	30/04/2025

			Vigencia	
Amparo	**Porcentaje amparado**	**Valor**	**Fecha inicial**	**Fecha final**
CUMPLIMIENTO	10%	$ 7,464,945.80	06/09/2024	20/6/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	$ 7,464,945.80	06/09/2024	20/6/2025

2.6 VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, FINANCIEROS -CONTABLES Y JURÍDICOS:

2.6.1. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

a. Existe un expediente del contrato completo, actualizado y que cumple con las normas en materia de archivo.
b. La documentación producida en la etapa precontractual reposa en el expediente del contrato.
c. Se lleva estricto control sobre la correspondencia producida con el contratista, así como de la información y documentos generados durante la ejecución del contrato.
d. Se atendieron, tramitaron y resolvieron todas las consultas elevadas por el contratista derivadas del desarrollo de la actividad contractual.
e. Se tramitaron las solicitudes de ingreso del personal y equipos del contratista o de personas externas a las áreas de influencia del contrato.
f. Se exige el cumplimiento de las normas de seguridad, higiene, salud ocupacional y ambiental que sean aplicables, en conjunto la Coordinación de Talento Humano.
g. Se garantiza la publicación de los documentos que se deriven como consecuencia de la ejecución de contrato en la plataforma SECOP II, así como todos aquellos que tengan que ver con su finalización.

2.6.2. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS TÉCNICOS

a. Se veló por el cumplimiento de las normas, especificaciones técnicas y procedimientos previstos para la ejecución de las actividades contractuales y postcontractuales.
b. Se verificó la prestación de los servicios, de conformidad con lo pactado en el contrato, dejando la constancia y

justificación escrita respectiva.

c. Se realiza la verificación, cuando hay lugar a ello, del reintegro a RTVC de los equipos, elementos y documentos suministrados, para lo cual se constata su estado y cantidad.
d. Se certifica el cumplimiento del contrato en este periodo.

2.6.3. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES

a. Se revisó, elaboró y suscribió los documentos necesarios para efectuar los pagos pactados dentro del contrato, incluyendo el recibo a satisfacción de los servicios objeto del mismo y los demás documentos establecidos para dicho trámite.
b. Se revisó y aprobó las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por el contratista.
c. Se tramitó ante la dependencia de RTVC correspondiente, las solicitudes de pago del contratista.
d. Se verificaron los soportes necesarios para el pago según la ejecución del servicio prestado.
e. Se realizó seguimiento y control de los recursos ejecutados y por ejecutar durante la ejecución del contrato.
f. Se verificó que el contrato está debidamente soportado con los recursos presupuestales requeridos.
g. Se veló por la correcta ejecución presupuestal del contrato.
h. Se verificó, de conformidad con las planillas de pago presentadas, el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral a cargo del contratista.
i. Para la última cuenta se elabora y suscribe junto con el contratista el acta de finalización y recibo a satisfacción de contrato, y en los casos en que aplique, se elabora y adelanta el trámite de vistos buenos y suscripción del acta de liquidación del contrato.

2.6.4. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS LEGALES O JURIDICOS

a. Una vez suscrito el contrato, se verificó y exigió que se otorguen las garantías pactadas, en caso de ser solicitadas, y se veló porque éstas permanezcan vigentes hasta su liquidación.
b. Se veló por el cumplimiento de las obligaciones contractuales generadas con relación al contrato suscrito.
c. Se verificó que la ejecución contractual se desarrolle dentro del plazo o vigencia del contrato, y de acuerdo con los valores pactados.

Bienes adquiridos con cargo a este contrato: SI *_____ NO __X____
(*En caso de SI Diligenciar formato M-F-1 Formato Control Ingreso de Activos)

3. SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO A LA FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$49.918.963
ADICIONES:	$24.730.495
REDUCCIONES:	$0
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA:	$66.405.959
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	**$ 0**
VALOR ANTICIPO: (EN CASO QUE APLIQUE)	N/A
AMORTIZACIÓN:	N/A
VALOR A PAGAR CON ESTA CERTIFICACIÓN:	$8.243.499
Certifico que el valor autorizado por concepto de ANTICIPO está de acuerdo al plan del manejo de inversión del mismo.	**SI:** _____ **NO APLICA:** ___**X**___

OBSERVACIONES ADICIONALES:	De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018, EL CONTRATISTA deberá allegar copia del pago de la seguridad social por los días correspondientes al mes de MARZO de 2025, en los cuáles prestó sus servicios. En caso de que no envíe la información al supervisor del contrato dentro de los 30 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para el pago de aportes a salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales por medio de la Planilla Integrada de

	Liquidación de Aportes (PILA), según los dos últimos dígitos del número de identificación de EL CONTRATISTA, se procederá por parte de RTVC a oficiar a la UGPP para que tome las medidas del caso. EL CONTRATISTA CONTINUA EN LA ENTIDAD CON EL CONTRATO NÚMERO 859-2025

4. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:** En mi calidad de supervisor, certifico que se ha realizado la verificación del informe de actividades presentado por el contratista, evidenciando que el mismo ha cumplido a satisfacción con las obligaciones contractuales para el periodo certificado.

   Se anexa informe de actividades desarrolladas por el contratista para el trámite de pago correspondiente, el cual ha sido aprobado y se encuentra disponible en el sistema Orfeo.

La presente se firma a los 3 días del mes de abril de 2025

MARIA PAULA FONSECA GOMEZ

Firmado digitalmente por: MARIA PAULA FONSECA GOMEZ
Serial del certificado: 5ec4030f0dbcb493
Entidad: RADIO TELEVISION NACIONAL DE COLOMBIA RTVC S.A.S
Unidad Organizacional: GERENCIA
Cargo: SUBGERENTE DE TELEVISION
Localizacion: BOGOTA
Fecha y hora: 2025-04-04T10:35:42.044-05:00

FIRMA SUPERVISOR
NOMBRE: MARíA PAULA FONSECA GÓMEZ
CARGO: Subgerente de Televisión

Nota1: Conforme a lo establecido en la normatividad sobre protección de datos se le informa a quienes lo suscriban que la información acá consignada no está sometida a reserva y puede ser publicada.

Nota 2: Se acepta la firma física, firma digital o a través de la aceptación mediante medios digitales (correo electrónico), estos últimos, como mecanismos idóneos conforme a lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Ley 527 de 1999.

Nota 3: Si la aprobación de este formato se realiza a través de correo electrónico, se deben archivar los correos junto con el formato diligenciado como evidencia de la aprobación. Así mismo se aclara que esta información no se debe imprimir, esta debe conservarse digitalmente en formato PDF.

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES	
FECHA:	3 de abril de 2025
CIUDAD DE OPERACIÓN:	Bogotá D.C.
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Sandra Claudia Chindoy Jamioy
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.122.783.927
DIRECCIÓN:	Carrera 26 No. 47 -74
TELÉFONO:	3134622411
CORREO ELECTRÓNICO:	schindoy@rtvcnoticias.com

DATOS BANCARIOS				
ENTIDAD BANCARIA:	SCOTIABANK COLPATRIA			
NÚMERO DE CUENTA:	**202007865**			
TIPO DE CUENTA:	AHORROS:	X	CORRIENTE:	

CONTENIDO DE LA CUENTA DE COBRO

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y/O BIENES

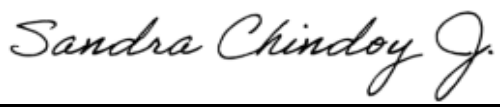
NO. DE CONTRATO:	1864-2024
OBJETO DEL CONTRATO:	El contratista se obliga a prestar sus servicios profesionales de presentación de contenidos del sistema informativo de RTVC.

PERIODO CERTIFICADO

NÚMERO DE PAGO	Día				Mes	Año	VALOR A PAGAR
6	**Desde**	1	**Hasta**	18	Febrero	2025	$ 8.243.499
	Desde		**Hasta**				$ 0
	Desde		**Hasta**				$ 0
VALOR TOTAL A PAGAR							**$ 8.243.499**

ENTREGABLES:	Nota: Utilizar para el caso de entregables

"Dando cumplimiento al Art. 17 Parágrafo 2 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, aclaro que para el desarrollo de mi actividad no requiero de la contratación de dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por lo tanto solicito sea aplicado el parágrafo 2 Art. 383 del E.T. para efectos de la determinación de la retención en la fuente"



FIRMA CONTRATISTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-01	2025-01	I	03/03/2025	83330818	$1.620.500	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	24	10.900	0	697.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	0	0	24	14.000	0	893.400	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	28.700				28.700	24	500	29.200			287	29.200	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	24	0	0	0
ICBF				
0	24	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	687.000	697.900
Pensión	1	879.400	893.400
Riesgos Laborales	1	28.700	29.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.595.100	1.620.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	03/03/2025	83330818	$1.620.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	0	0	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	82564254	$1.657.700	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	7	3.100	0	690.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	27.500	27.500	7	3.900	400	938.700	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	28.700				28.700	7	200	28.900			287	28.900	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	687.000	690.100
Pensión	1	934.400	938.700
Riesgos Laborales	1	28.700	28.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.650.100	1.657.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	82564254	$1.657.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	27.500	27.500	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	16/12/2024	81645400	$1.661.200	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	10	4.600	0	691.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	27.500	27.500	10	5.900	400	940.700	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	28.700				28.700	10	200	28.900			287	28.900	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	687.000	691.600
Pensión	1	934.400	940.700
Riesgos Laborales	1	28.700	28.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.650.100	1.661.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-11	2024-11	I	16/12/2024	81645400	$1.661.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	27.500	27.500	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	29/11/2024	80947192	$1.675.000	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	21	10.300	0	697.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	27.500	27.500	21	13.100	1.000	948.500	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	28.700				28.700	21	500	29.200			287	29.200	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	21	0	0	0
ICBF				
0	21	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	687.000	697.300
Pensión	1	934.400	948.500
Riesgos Laborales	1	28.700	29.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.650.100	1.675.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	29/11/2024	80947192	$1.675.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	27.500	27.500	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-09	2024-09	I	29/11/2024	80170866	$1.712.500	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	53	25.900	0	712.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	27.500	27.500	53	33.200	2.200	969.800	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	28.700				28.700	53	1.100	29.800			287	29.800	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	53	0	0	0
ICBF				
0	53	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	687.000	712.900
Pensión	1	934.400	969.800
Riesgos Laborales	1	28.700	29.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.650.100	1.712.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	29/11/2024	80170866	$1.712.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	27.500	27.500	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY	Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-08	2024-08	I	30/09/2024	79375676	$1.679.300	

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					
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000084-5	687.000	0		0		0	24	12.100	0	699.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	879.400	0	0	27.500	27.500	24	15.500	1.000	950.900	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	28.700				28.700	24	600	29.300			287	29.300	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	24	0	0	0
ICBF				
0	24	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	687.000	699.100
Pensión	1	934.400	950.900
Riesgos Laborales	1	28.700	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.650.100	1.679.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1122783927	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY		Cll 45b N 1a 20	3134622411	sandrachindoy2015@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	30/09/2024	79375676	$1.679.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1122783927	CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA	59	0			N																	230201	5.495.700	879.400	0	0	27.500	27.500	EPSIC5	5.495.700	687.000	14-23	5.495.700	1	28.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

No. DEL CONTRATO:	1864 DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS DEL SISTEMA INFORMATIVO DE RTVC
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ
CARGO DEL SUPERVISOR:	SUBGERENTE DE TELEVISIÓN
PERIODO A REPORTAR:	1 DE FEBRERO A 18 DE FEBRERO DE 2025

Informe de actividades:

OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado s

Se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI __X__ NO _____

La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

A continuación, se relacionan las actividades que fueron desarrolladas en virtud de las obligaciones específicas, durante el periodo a reportar, en el marco del contrato suscrito con la entidad:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1) . Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.	Durante el periodo de informe, atendiendo a la presente obligación de manera diaria aporté a la preparación de contenidos de la sección la Voz del Territorio. Diariamente me reuní con el director de Noticias William Parra y los jefes de emisión Rober Vivas p a r a la emisión del m e d i o d í a y Pablo Guevara para la emisión central.
2) Asistir a los consejos de redacción, consejos editoriales, consejos de programación, procesos de evaluación y demás reuniones que programe servicio informativo de RTVC.	Asistí a los consejos de presencial y virtual citados por los jefes de emisión, a fin de incorporar las sugerencias y recomendaciones de la emisión general y respecto a los contenidos a presentar en la sección la Voz del Territorio. Así también recibí instrucciones para el cubrimiento de eventos y temas externos a la sección La Voz del Territorio. Anexo 1
3) . Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.	Para esta obligación presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, realicé avances, también colaboré en la presentación y abordaje de otras temáticas correspondientes a fuente de Política según solicitud del director. Anexo 2.
4) Producir contenidos para los espacios de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.	En cumplimiento de esta obligación, diariamente propuse contenidos de DTOS, VTR, FDTOS, AVANCES, INNES, BANNERS Y TITULARES. Dichos contendidos fueron revisados y ajustados previamente por el jefe de emisión asignado.
5) Aportar a la construcción y presentación de las continuidades, procedentes de los consejos de redacción, consejos editoriales, consejos de programación, procesos de evaluación y/o demás reuniones.	De manera diaria presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas al Director William Parra y a los jefes de emisión Rober Vivas y Pablo Guevara; por consiguiente, atendí las sugerencias y recomendaciones orientadas por ellos en relación los VTR, DTOS, Cubrimientos, Titulares, innes y FDTOS. Anexo 3.

6) Realizar las grabaciones sonoras y/o audiovisuales que le sean solicitadas para satisfacer las necesidades de las plataformas de RTVC donde le sea asignado por la supervisión del contrato.	Para dar cumplimiento a esta obligación, realicé grabaciones audiovisuales y sonoras en locaciones externas, así como al interior de las instalaciones del canal, para fortalecer los contenidos requeridos para el Noticiero específicamente para la sección La Voz del Territorio y otros solicitados por los jefes de emisión del Turno, por redes sociales de RTVC y radio nacional. Anexo 4.
7) Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.	En el presente periodo del informe no realicé cubrimientos solicitados por la supervisora del contrato.
8) Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.	En cumplimiento de esta obligación, se ha atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales. Anexo 5.
9) Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.	En el presente periodo de informe, no realicé cubrimientos fuera de la ciudad o en otras regiones del país.
10) Actualizarse permanentemente en el manejo de la imagen en televisión y de los géneros periodísticos para aportar propuestas novedosas en la realización de los informes periodísticos.	En cumplimiento de esta actividad, la contratista ha realizado la revisión sobre los contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección “La voz del territorio”.
11) Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC	La contratista ha realizado la revisión del manual de Estilo, específicamente en lo pertinente la presentación de noticiero Emisión Central y Mediodía.
12) Atender las propuestas y recomendaciones realizadas por el personal de apoyo para vestuario y maquillaje y mantener el respeto y la cordialidad con todos los miembros del equipo de producción, periodistas y encargados de los contenidos editoriales.	De manera diaria, se ha atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral indígena y la combinación con trajes convencionales.
13) Velar y garantizar el adecuado cuidado de los insumos y elementos que sean entregados para el desarrollo de sus actividades.	Diariamente se ha dado cumplimiento a esta actividad, con el uso adecuado de las Tarjetas de memoria y otros equipos como micrófonos asignados a la labor.

14) Realizar las legalizaciones de los recursos que por gastos de viaje y/o producción le sean entregados a través de la administración delegada o la figura que se encuentre.	Debido a que en el presente periodo de informe no desarrollé cubrimientos fuera de la ciudad u en otra región, no presenté informes correspondientes a gastos de viaje o producción.
15) El contratista se compromete a remitir en los términos señalados por la persona delegada por la Subgerencia de Televisión, la cuenta de cobro, de manera mensual, con sus respectivos anexos y evidencias de acuerdo con el procedimiento establecido en RTVC, para el pago de honorarios.	Dando cumplimiento a la presente obligación, la contratista ha realizado la debida presentación de la cuenta de cobro, con el respectivo informe de actividades y debidos soportes a la supervisión del contrato.

Observaciones:

El contrato se ha desarrollado de manera normal durante el período certificado, sin inconvenientes de tipo jurídico, financiero, contable o técnico. Manifiesto haber cumplido con las obligaciones generales y específicas establecidas para el contrato.

Anexos:

Anexo 1 Asistencia a consejos de redacción.



Anexo 2 Presentación de contenidos




Para salir de la pantalla completa, pulsa Esc
Señal Colombia
LA VOZ DEL TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:39 PM
0:03 / 1:39


Para salir de la pantalla completa, pulsa Esc
La Señal de LA PAZ
LA VOZ DEL TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:48 PM
0:01 / 1:55


La Señal de
LA PAZ
LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:49 PM
0:04 / 1:58


Para salir de la pantalla completa, pulsa Esc
La Señal de
LA PAZ
LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:51 PM
0:03 / 2:08

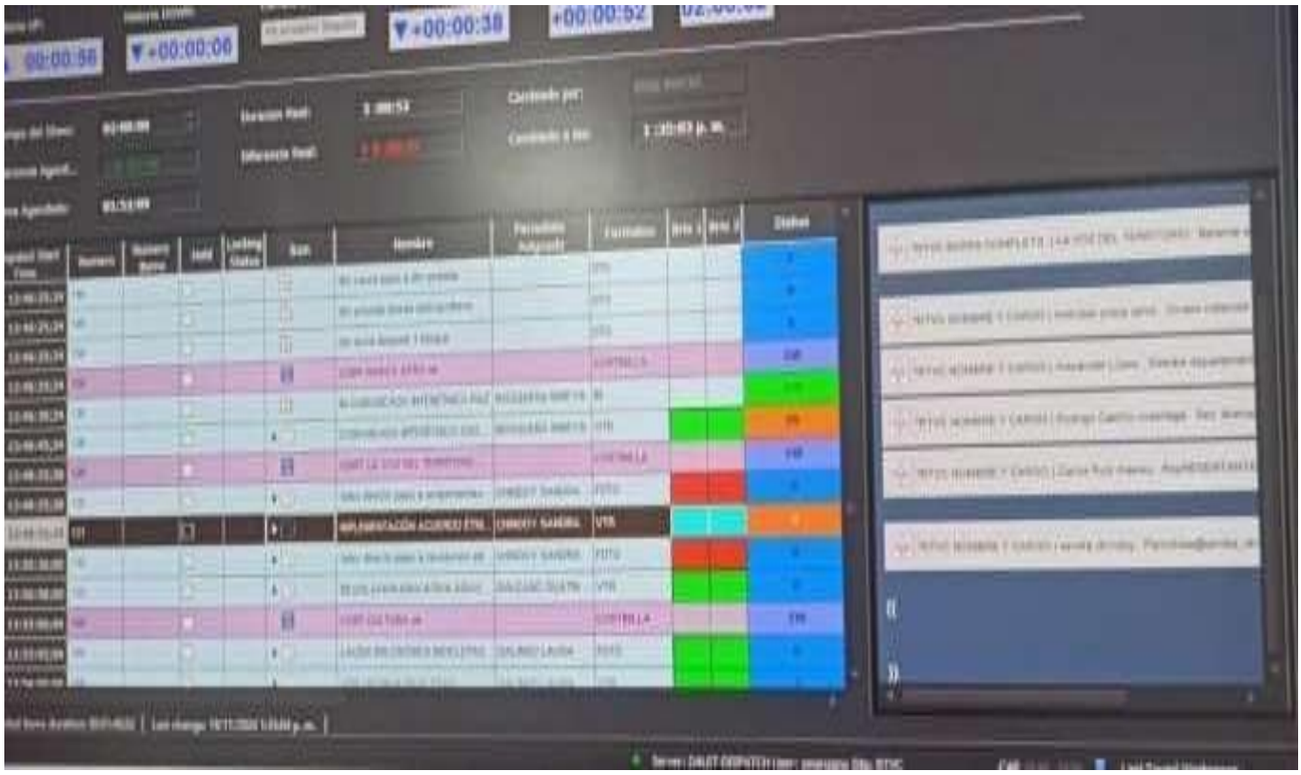

Para salir de la pantalla completa, pulsa Esc
Señal
Colombia
LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
07:50 PM
0:02 / 2:05


Para salir de la pantalla completa, pulsa Esc
EN DIRECTO
LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:49 PM
0:07 / 2:17


LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
01:49 PM
0:05 / 2:05


LA VOZ DEL
TERRITORIO
RTVC NOTICIAS
08:09 PM
0:05 / 2:05

Anexo 3 Aporte y presentación de continuidades



Anexo 4 Cubrimientos especiales- Plaza de Bolívar Bogotá.

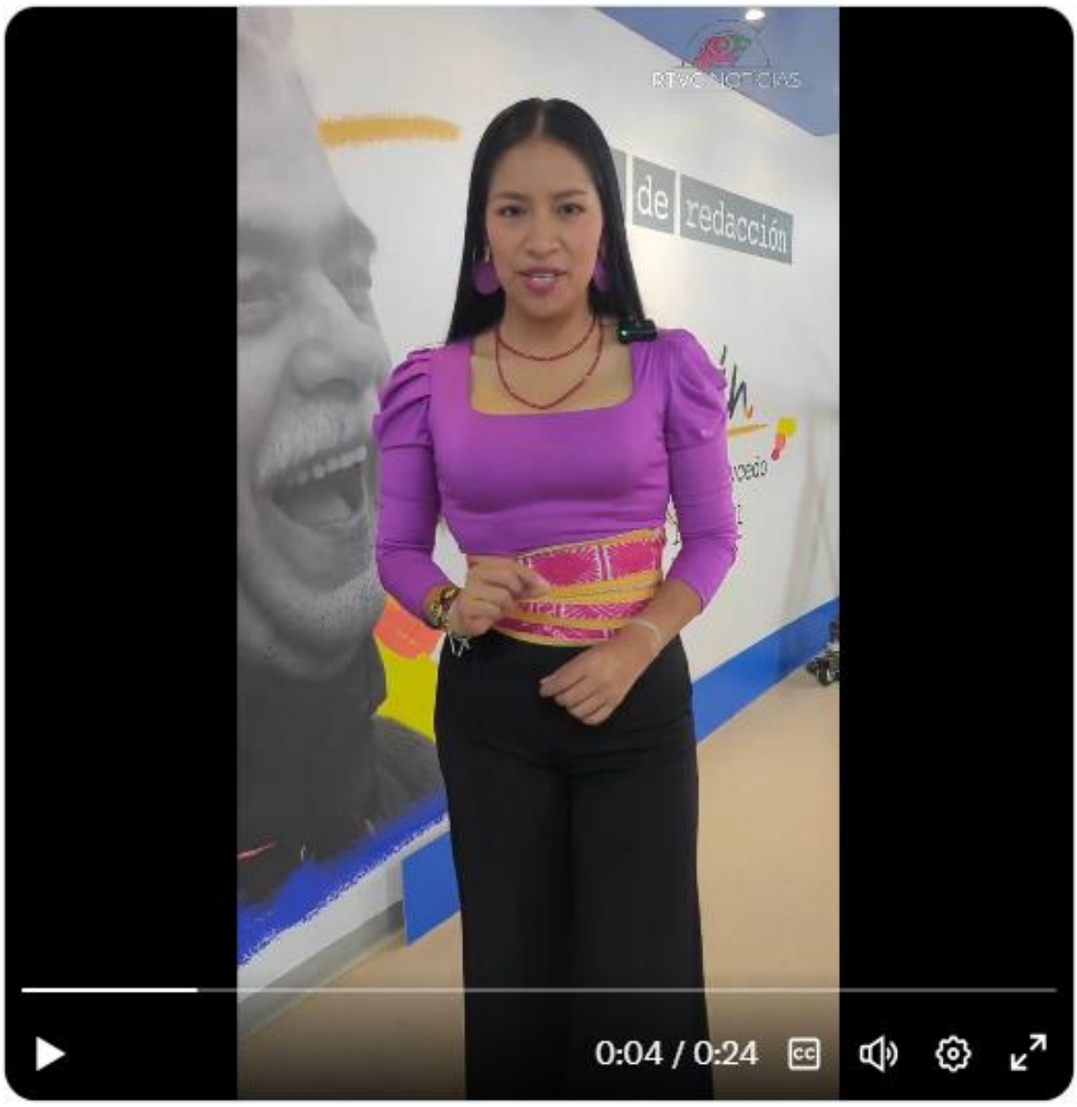


RTVC Noticias @RTVCnoticias · 14 feb.

🤩¡Excelentes noticias! Ahora #RTVCNoticias estará todos los fines de semana y festivos a las 12:30 de la tarde.

💻Conéctate para conocer la información más importante de los territorios y de las diferentes regiones del país.

🔴En vivo por👉 rtvcnoticias.com/senal-en-vivo 📲



Anexo 5 Incorporación recomendaciones de vestuario y maquillaje.





El presente informe se firma a los _3__ días del mes de ___abril_____ de _2025_.

Sandra Chindoy J.

SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY

VoBo: **MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ– SUBGERENTA DE TELEVISIÓN**

Nota 1: Se aclara que la numeración de las obligaciones específicas y las filas que se incluyan en el documento debe corresponder a lo establecido en cada contrato. En caso de que el contrato se tenga establecido un producto o entregable deberá indicarse en una casilla diferente el porcentaje de avance del mismo.

Nota 2: Conforme a lo establecido en la normatividad sobre protección de datos se le informa a quienes lo suscriban que la información acá consignada no está sometida a reserva y puede ser publicada

Nota 3: Se acepta la firma física, firma digital (visible o invisible) o a través de la aceptación mediante medios digitales

correo electrónico, estos últimos, como mecanismos idóneos conforme a lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Ley 527 de 1999; y las directrices internas que respalden o implementen este procedimiento.

Nota 4: Si la aprobación de este formato se realiza a través de correo electrónico, se deben archivar los correos junto con el formato diligenciado como evidencia de la aprobación. Así mismo se aclara que esta información no se debe imprimir, esta debe conservarse digitalmente en formato PDF.