

|                                                                                                                             |                                                                                                                          |  |                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>63</b>                 |
|                                                                                                                             |                                                                                                                          |  | <b>Código Centro</b>     | <b>923110</b>             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                          |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Septiembre de 2020</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                          |  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b> |
| <b>CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP</b>                                                          |                                                                                                                          |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>43040-819944</b>       |

|                                                                                                                                              |                                         |                                                                                               |                             |                                            |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                 |                                         |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                                      | LEOVIAN HIGUITA HIGUITA                 | <b>C.C.</b>                                                                                   | 98.613.552                  | <b>IP/N° de contacto</b>                   | 43135                       |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                                       | lhiguita@sena.edu.co                    |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO | <b>Es declarante de renta?</b>             | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b>                                                                                        | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Inducción SST</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                                              | BANCOLOMBIA                             | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS                     | <b>N° Cuenta</b>                           | 27983516195                 |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b>                  | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> | <input type="checkbox"/> NO |                                            |                             |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b>                                                              | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b>        | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b> | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |

|                                                    |               |                               |         |            |    |
|----------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|---------|------------|----|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |               |                               |         |            |    |
| <b>N° del contrato:</b>                            | 1361476/2020  | <b>N° Compromiso SIIF</b>     | 12720   |            |    |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                    | \$ 37.246.667 | <b>N ° Pago</b>               | 8       |            |    |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                 | \$ 13.073.334 | <b>Periodo objeto de pago</b> | Del     | 01/09/2020 | Al |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                    | \$ 9.373.334  | <b>Comisiones</b>             | \$ 0,00 |            |    |

|                                                             |                     |                                           |             |  |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|--|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                           |             |  |  |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 3.700.000        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |  |  |
| Ingresos por comisiones                                     | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |  |  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ 0                | Menos, Rete Fuente Otros Ingresos         | \$ 0        |  |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 3.700.000</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |  |  |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 2.181.150</b> |                                           |             |  |  |

|                                                                              |              |              |                                       |                        |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|--------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |              |              |                                       |                        |        |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | Septiembre   | Agosto       | Valor Base retención en la fuente     | 2.181.150,00           | TARIFA |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 1.480.000 | \$ 1.480.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.278.200,00           |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                  | \$ 185.000   | \$ 185.000   | Valor base IVA                        | 0,00                   |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                | \$ 236.800   | \$ 236.800   | IVA (Si es RESPONSABLE)               | 0,00                   | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                          | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente          | 0,00                   | 0,00%  |
| ARL V                                                                        | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención IVA                   | 0,00                   | 15%    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                        | \$ -         |              | Reteica - 8299                        | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                            | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000              | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700                                  | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -         |              | Descuentos de Libranza                | 0,00                   |        |
| Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes                 | \$ -         |              | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00                   |        |
| Dependientes hasta \$ 1.139.424                                              | \$ 370.000   |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                  | <b>\$ 3.700.000,00</b> |        |
| Salud hasta \$ 569.712                                                       | \$ -         |              |                                       |                        |        |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                                | \$ 727.050   |              |                                       |                        |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                           | \$ -         |              |                                       |                        |        |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el curricular y/o proyecto formativo de los programas relacionados con su pe<br>Aplicar según la modalidad y niveles, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pe<br>Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa, adquiridos<br>Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia de<br>Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. | <b>LEOVIAN HIGUITA HIGUITA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                               |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,<br><br><b>CARLOS ANDRES LOAIZA MARTINEZ</b><br><b>INSTRUCTOR</b> |

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:  
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                         |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA                    | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 98613552              |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | LEOVIAN HIGUITA HIGUITA HIGUITA HIGUITA |                                                 |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | ITAGUI                                  | DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA                         |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 60 59A-10                         | TELÉFONO: 6116823                               |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                        | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                                 | ACTIVIDAD ECONOMICA: Educación de instituciones |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                   |                                                 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                         | NO                                              |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                                    |
|--------------------------------|-------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7762924551  | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: agosto | PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto     |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2020   | SALUD: AÑO: 2020                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0           |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/09/02  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 730006417     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 800227940             | 231001 | 231001-COLFONDOS                        | 1          | \$ 236.800   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 236.800   |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 800088702             | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD  | 1          | \$ 185.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 185.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153             | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 7.800     |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 7.800     |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 429.600</b> |
|----------------------|-------------------|

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                      |  |                           | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CEDULA DE CIUDADANIA |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |                                | 98613552                                          |  | NÚMERO PLANILLA:         |  | 7762924551 |  | TIPO DE PLANILLA:         |  | I-INDEPENDIENTES |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |                      |  | LEOVIAN                   |                                | HIGUITA HIGUITA HIGUITA HIGUITA                   |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES        |  | MES                       |  | 2020             |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | ITAGUI               |  | DEPARTAMENTO:             |                                | ANTIOQUIA                                         |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0          |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | 2020             |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CALLE 60 59A-10      |  | TELÉFONO:                 |                                | 6116823                                           |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  | 2020/09/02 |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 730006417        |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE     |  | CLASE APORTANTE:          |                                | I-INDEPENDIENTE                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA              |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |                                | Educación de instituciones universitarias o de es |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                |  |                           |                                |                                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                      |  | NO                        |                                |                                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                  |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                  | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE           |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001                  | 231001-COLFONDOS | 1              | \$ 236.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 236.800 | \$ 0 | \$ 236.800   |
| SUBTOTALES:             |                  |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 236.800 | \$ 0 | \$ 236.800   |

| 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 |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 185.000  | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 185.000   |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      | \$ 185.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 185.000   |

| 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  | \$ 7.800    | \$ 7.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.800     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 7.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.800     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                  |          |           |              |              |             |           |          |                           |              |                                        |          |           |            |        |              |                                         |          |           |                   |          |      |     |       |              |              |      |      |        |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|----------|-----------|--------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|----------------------------------------|----------|-----------|------------|--------|--------------|-----------------------------------------|----------|-----------|-------------------|----------|------|-----|-------|--------------|--------------|------|------|--------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                  |          |           | PARAFISCALES |              |             |           |          |                           |              |                                        |          |           |            |        |              |                                         |          |           |                   |          |      |     |       |              |              |      |      |        |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                 | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN            | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN   | PENSIÓN      |             |           |          | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN                                  | DÍAS COT | IBC       | SALUD      |        |              |                                         | ARP      |           |                   | DÍAS COT | IBC  | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | ICBF | ESAP | MINEDU |
|                               |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                  |          |           |              | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO |                           |              |                                        |          |           | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN                                   | DÍAS COT | IBC       | CENTRO DE TRABAJO |          |      |     |       |              |              |      |      |        |
| 1                             | CC 98613552    | HIGUITA HIGUITA LEOVIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.480.000   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 231001-COLFONDOS | 30       | 1.480.000 | \$ 236.800   | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 236.800   | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30       | 1.480.000 | \$ 185.000 | \$ 0   | \$ 185.000   | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30       | 1.480.000 | \$ 98613552       | \$ 7.800 | \$ 0 |     | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0 | \$ 0 |        |

TOTAL \$ 429.600