


|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>                       | <b>Código:</b> P-F-43    |
|   | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b> | <b>Versión:</b> 4        |
|   |   | <b>Fecha:</b> 16/07/2025 |

### 1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b> |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN (No. CEDULA O NIT): 1.122.783.927</b>                     |  |
| <b>No. DE CONTRATO:</b> 1483/2025   | Mayor cuantía _____ Menor Cuantía <u>X</u> Mínima cuantía _____  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>   | DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC  |
| <b>FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO:</b>  | 19/05/2025   |
| <b>FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:</b>  | 21/05/2025   |
| <b>MODIFICACIONES AL CONTRATO:</b>  | Terminación Anticipada 4/09/2025   |
| <b>PLAZO INICIAL:</b>   | El plazo de ejecución del contrato será de 6 meses, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución, esto es i) aprobación de la Garantía Única, si la hubiere, y ii) expedición del registro presupuestal. |
| <b>PRORROGAS:</b>   | N/A  |
| <b>FUENTE DE FINANCIACIÓN:</b>  | RESOL 0017/25 SIST INFORM/TVO Y PRODUC TRANSV  |
| <b>PERIODO CERTIFICADO:</b>   | Del 21 de mayo a 31 de mayo de 2025<br>De 1 de junio al 30 de junio de 2025<br>Del 1 de julio al 31 de julio de 2025<br>Del 1 de agosto al 31 de agosto de 2025<br>Del 1 de septiembre al 4 de septiembre de 2025            |
| <b>NUMERO DE PAGO:</b>  | 1, 2, 3, 4 y 5   |

|   |     |
|---|-----|
| <b>No. FACTURA Y FECHA (SI HAY LUGAR)</b> | N/A |
|---|-----|

SEÑALE CON UNA - X - EL CASO QUE APLIQUE

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>GASTOS DE PRODUCCIÓN:</b> _____              | <b>GASTOS DE VIAJE</b> _____  |
| <b>ADMINISTRACIÓN DELEGADA: REEMBOLSO</b> _____ | <b>COMISIÓN</b> _____         |
| <b>ANTICIPO:</b> _____                          | <b>PAGO ANTICIPADO:</b> _____ |

### 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%**

**2.3. NOVEDADES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Durante el presente periodo 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 artículo

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>                       | <b>Código:</b> P-F-43    |
|   | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b> | <b>Versión:</b> 4        |
|   |   | <b>Fecha:</b> 16/07/2025 |

ARTÍCULO 2.2.4.2.2.13., del decreto 1072 de 2015 y demás normas concordantes, conforme a las siguientes consideraciones:

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Número de Planilla:</b> | 86522854-Mayo<br>87194734/89573750-Junio<br>88148949/89573988-Julio<br>88859300/89574122-Agosto<br>89565985/89574122-Septiembre |
| <b>Periodo cotizado:</b>   | De mayo a septiembre de 2025  |

## 2.5 GARANTIAS:

Póliza No. \_\_\_\_\_ 360 47 994000046838 \_\_\_\_\_  
Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA \_\_\_\_\_

| Amparo               | Porcentaje amparado | Valor           | Vigencia      |             |
|----------------------|---------------------|-----------------|---------------|-------------|
|                      |                     |                 | Fecha inicial | Fecha final |
| CUMPLIMIENTO         | 10%                 | \$ 8,400,000.00 | 19/05/2025    | 06/10/2026  |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 10%                 | \$ 8,400,000.00 | 19/05/2025    | 06/10/2026  |

## 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.

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <br><b>RTVC</b><br><small>Sistema de Medios Públicos</small> | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>                       | <b>Código:</b> P-F-43    |
|   | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b> | <b>Versión:</b> 4        |
|   |   | <b>Fecha:</b> 16/07/2025 |

- 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.

**2.7. INFORMES DE INTERVENTORIA: N/A**

**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**

|   |  |
|---|--|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>  | \$ 84.000.000                          |
| <b>ADICIONES:</b>   | \$ 0                                   |
| <b>REDUCCIONES:</b>   | \$ 0                                   |
| <b>VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA:</b>   | \$ 0                                   |
| <b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b>   | <b>\$ 35.466.666</b>                   |
| <b>VALOR ANTICIPO: (EN CASO QUE APLIQUE)</b>  | N/A                                    |
| <b>AMORTIZACIÓN:</b>  | N/A                                    |
| <b>VALOR A PAGAR CON ESTA CERTIFICACIÓN:</b>  | \$ 48.533.334                          |
| Certifico que el valor autorizado por concepto de ANTICIPO está de acuerdo al plan del manejo de inversión del mismo. | <b>SI: _____ NO APLICA: <u> X </u></b> |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>OBSERVACIONES ADICIONALES:</b> |  |
|-----------------------------------|--|

4. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:** En mi calidad de supervisor/interventor, 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.

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>                       | <b>Código:</b> P-F-43    |
|   | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b> | <b>Versión:</b> 4        |
|   |   | <b>Fecha:</b> 16/07/2025 |

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 al 4 día del mes de Septiembre de 2025

**FONSECA GOMEZ**  
**MARIA PAULA**

Firmado digitalmente por  
FONSECA GOMEZ MARIA PAULA  
Fecha: 2025.09.04 15:49:18  
-05'00'

**FIRMA SUPERVISOR/INTERVENTOR**

**NOMBRE:** MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ

**CARGO:** Subgerente de Televisión

**Nota 1:** 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:                         | 4 DE SEPTIEMBRE 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. 49 - 74   |
| TELÉFONO:                      | 3134622411   |
| CORREO ELECTRÓNICO:            | <a href="mailto:SCHINDOY@RTVCNOTICIAS.COM">SCHINDOY@RTVCNOTICIAS.COM</a> |

### DATOS BANCARIOS

|                   |                      |                                     |            |
|-------------------|----------------------|-------------------------------------|------------|
| ENTIDAD BANCARIA: | SCOTIABANK COLPATRIA |                                     |            |
| NÚMERO DE CUENTA: | 202007865            |                                     |            |
| TIPO DE CUENTA:   | AHORROS:             | <input checked="" type="checkbox"/> | CORRIENTE: |

### CONTENIDO DE LA CUENTA DE COBRO

#### DESCRIPCIÓN ESPECIFICA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y/O BIENES

|                      |  |
|----------------------|--|
| NO. DE CONTRATO:     | 1483 DE 2025   |
| OBJETO DEL CONTRATO: | DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC. |

### PERIODO CERTIFICADO

| NÚMERO DE PAGO             | Día   |    |       |    | Mes        | Año  | VALOR A PAGAR        |
|----------------------------|-------|----|-------|----|------------|------|----------------------|
| 1                          | Desde | 21 | Hasta | 31 | MAYO       | 2025 | \$ 4.666.667         |
| 2                          | Desde | 1  | Hasta | 30 | JUNIO      | 2025 | \$ 14.000.000        |
| 3                          | Desde | 1  | Hasta | 31 | JULIO      | 2025 | \$ 14.000.000        |
| 4                          | Desde | 1  | Hasta | 31 | AGOSTO     | 2025 | \$ 14.000.000        |
| 5                          | Desde | 1  | Hasta | 4  | SEPTIEMBRE | 2025 | \$ 1.866.667         |
|                            |       |    |       |    |            |      | \$ 0                 |
|                            |       |    |       |    |            |      | \$ 0                 |
| <b>VALOR TOTAL A PAGAR</b> |       |    |       |    |            |      | <b>\$ 48.533.334</b> |

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

| 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.      |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 08/07/2025               | 86522854        | \$1.624.800   |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                                     |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------------------------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre                              | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                                     |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPSIC5        | Entidad Promotora de Salud Mallamas | 837000084-5 | 687.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 29        | 12.800                | 0              | 699.800       | 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                         | 29        | 16.300                | 0              | 895.700       | 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                | 29        | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 29        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 29        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
| Salud                  | 1                              | 687.000                             | 699.800          |
| Pensión                | 1                              | 879.400                             | 895.700          |
| 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                |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>1.595.100</b>                    | <b>1.624.800</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2025-05              | 2025-05                           | \$1.624.800   |                          |                 |          |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |      |     |       |            |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|------|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     | PENSIÓN |    |      |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subtipo | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA      | MA | ASAP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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.      |                             |

| 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 |                          |                 |           |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | \$1.653.400   |                          |                 |           |     |

## 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     | 58        | 25.100                | 0              | 712.100       | 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                           | 0                        | 0                         | 58        | 32.100                | 0              | 911.500       | 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                | 58        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 58        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 58        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Salud               | 1                              | 687.000                             | 712.100          |
| Pensión             | 1                              | 879.400                             | 911.500          |
| 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                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>1.595.100</b>                    | <b>1.653.400</b> |

| 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.       |                             |

| 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 |                          |                 |           |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | \$1.653.400   |                          |                 |           |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 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

| 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.       |                             |

| 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 |     |
| 2025-07              | 2025-07                           | I             | 03/09/2025               | 88148949        | \$1.621.400   |     |

## 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     | 26        | 11.300                | 0              | 698.300       | 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                           | 0                        | 0                         | 26        | 14.500                | 0              | 893.900       | 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                | 26        | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 26        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 26        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
| Salud                  | 1                              | 687.000                             | 698.300          |
| Pensión                | 1                              | 879.400                             | 893.900          |
| 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                |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>1.595.100</b>                    | <b>1.621.400</b> |

| 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.       |                             |

| 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 |                          |                 |           |     |
| 2025-07              | 2025-07                           | \$1.621.400   |                          |                 |           |     |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 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

| 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.       |                             |

| 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 |     |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 03/09/2025               | 88859300        | \$1.595.100   |     |

## 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     | 0         | 0                     | 0              | 687.000       | 1             |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201     | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 879.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 879.400       | 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                | 0         | 0                     | 28.700              |                            |                     | 287               | 28.700        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Salud               | 1                              | 687.000                             | 687.000          |
| Pensión             | 1                              | 879.400                             | 879.400          |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 28.700                              | 28.700           |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0                |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0                |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>1.595.100</b>                    | <b>1.595.100</b> |

| 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.       |                             |

| 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 |                          |                 |           |     |
| 2025-08              | 2025-08                           | \$1.595.100   |                          |                 |           |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |     |      | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MAA | ASAP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 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

| 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.      |                             |

| 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 |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 03/09/2025               | 89565985        | \$212.800     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre                              | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------------------------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            |                                     |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPSIC5     | Entidad Promotora de Salud Mallamas | 837000084-5 | 91.600                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 91.600        | 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 | 117.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 117.300       | 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 | 3.900                  |                  |       |                        | 3.900                 | 0         | 0                     | 3.900               |                            |                     | 39                | 3.900         | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 91.600                              | 91.600         |
| Pensión             | 1                              | 117.300                             | 117.300        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 3.900                               | 3.900          |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>212.800</b>                      | <b>212.800</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | \$212.800     |                          |                 |          |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |                 |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |     |      | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |         |            | CCF                   |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MAA | ASAP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59                    | 0       |                 | N                |           | X   |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |     |      |       |     |            | 230201            | 732.760 | 117.300    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 732.760 | 91.600                 | 14-23    | 732.760 | 1               | 3.900      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 84056136             | 31/03/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-02              | 2025-02                           | N             | 04/09/2025               | 89573381        | \$13.700  |     |

### 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 | 5.200                  | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 181       | 700                   | 0              | 5.900         | 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 | 6.600                  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 181       | 800                   | 0              | 7.400         | 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 | 300                    |                  |       |                        | 300                   | 181       | 100                   | 400                 |                            |                     | 3                 | 400           | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 181       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 181       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 5.200                               | 5.900         |
| Pensión             | 1                              | 6.600                               | 7.400         |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 300                                 | 400           |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>12.100</b>                       | <b>13.700</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 84056136             | 31/03/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-02              | 2025-02                           | \$13.700      |                          |                 |           |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |                 |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |         |    |     |      |       |     |            |                   |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |                 |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |     |      | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                   |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MAA | ASAP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59        | 0       |                 | N                |           |     |                       |     |     |     |     | X   |     |      |         |    |     |      |       |     |            | 230201            | 5.537.399 | 886.000    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 5.537.399 | 692.200                | 14-23    | 5.537.399 | 1               | 29.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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.      |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 84862851             | 19/05/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-03              | 2025-03                           | N             | 04/09/2025               | 89573521        | \$33.200  |     |

**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 | 13.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 150       | 1.300                 | 0              | 14.300        | 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 | 16.600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 150       | 1.600                 | 0              | 18.200        | 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 | 600                    |                  |       |                        | 600                   | 150       | 100                   | 700                 |                            |                     | 6                 | 700           | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 150       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 150       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 13.000                              | 14.300        |
| Pensión                | 1                              | 16.600                              | 18.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 600                                 | 700           |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>30.200</b>                       | <b>33.200</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |     |
| 84862851             | 19/05/2025                        |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2025-03              | 2025-03                           | N             | 04/09/2025               | 89573521        | \$33.200 |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |                       |         |            |                  |           |     |     |     |     |     |         |     |     |      |       |    |     |                   |     |     |            |          |           |              |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|------|-------|----|-----|-------------------|-----|-----|------------|----------|-----------|--------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |            |                  |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |      | SALUD |    |     | RIESGOS LABORALES |     |     | CCF        |          |           | PARAFISCALES |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Extranjero | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | VBP | VBT | SILN | ISE   | MA | MAA | ASAP              | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización   | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59                    | 0       |            | N                |           |     |     |     |     |     |         | X   |     |      |       |    |     |                   |     |     |            | 230201   | 5.600.000 | 896.000      | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 5.600.000 | 700.000                | 14-23    | 5.600.000 | 1               | 29.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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.      |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 85682937             | 07/07/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-04              | 2025-04                           | N             | 04/09/2025               | 89573641        | \$32.600  |     |

## 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 | 13.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 119       | 1.000                 | 0              | 14.000        | 1             |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201     | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 16.600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 119       | 1.300                 | 0              | 17.900        | 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 | 600                    |                  |       |                        | 600                   | 119       | 100                   | 700                 |                            |                     | 6                 | 700           | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 119       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 119       | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 13.000                              | 14.000        |
| Pensión             | 1                              | 16.600                              | 17.900        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 600                                 | 700           |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>30.200</b>                       | <b>32.600</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |   |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|---|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |   |
| 85682937             | 07/07/2025                        |               |                          |                 | 1        | 0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |   |
| 2025-04              | 2025-04                           | N             | 04/09/2025               | 89573641        | \$32.600 |   |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |     |     |       |            |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     | PENSIÓN |    |     |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA      | MA | ASP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59        | 0       | N         |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |     |     |       |            | 230201   | 5.600.000         | 896.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5       | 5.600.000 | 700.000                | 14-23    | 5.600.000 | 1               | 29.300     | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 87194734             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | N             | 04/09/2025               | 89573750        | \$31.500  |     |

**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 | 13.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 59        | 500                   | 0              | 13.500        | 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 | 16.600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 59        | 700                   | 0              | 17.300        | 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 | 600                    |                  |       |                        | 600                   | 59        | 100                   | 700                 |                            |                     | 6                 | 700           | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 59        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 59        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 13.000                              | 13.500        |
| Pensión                | 1                              | 16.600                              | 17.300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 600                                 | 700           |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>30.200</b>                       | <b>31.500</b> |

| 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.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |     |
| 87194734             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | \$31.500      |                          |                 |          |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |     |     |       |            |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     | PENSIÓN |    |     |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA      | MA | ASP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59        | 0       | N         |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |         |    |     |     |       |            | 230201   | 5.600.000         | 896.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5       | 5.600.000 | 700.000                | 14-23    | 5.600.000 | 1               | 29.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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.      |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |   |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|---|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |   |
| 88148949             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | 1        | 0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |   |
| 2025-07              | 2025-07                           | N             | 04/09/2025               | 89573988        | \$30.900 |   |

## 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 | 13.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 27        | 300                   | 0              | 13.300        | 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 | 16.600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 27        | 300                   | 0              | 16.900        | 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 | 600                    |                  |       |                        | 600                   | 27        | 100                   | 700                 |                            |                     | 6                 | 700           | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 27        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 27        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 13.000                              | 13.300        |
| Pensión                | 1                              | 16.600                              | 16.900        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 600                                 | 700           |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>30.200</b>                       | <b>30.900</b> |

| 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 |               |  |
| 88148949             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |          | TOTAL A PAGAR |  |
| 2025-07              | 2025-07                           | N             | 04/09/2025               | 89573988        | \$30.900 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     |     |     | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES           |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59                    | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |     |            | 230201   | 5.600.000 | 896.000           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 5.600.000 | 700.000                | 14-23    | 5.600.000 | 1               | 29.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 88859300             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-08              | 2025-08                           | \$30.200      |                          |                 |           |     |

### 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 | 13.000                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 13.000        | 1             |

#### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201     | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 16.600                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 16.600        | 1             |

#### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 860011153-6 | 600                    |                  |       |                        | 600                   | 0         | 0                     | 600                 |                            |                     | 6                 | 600           | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 13.000                              | 13.000        |
| Pensión             | 1                              | 16.600                              | 16.600        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 600                                 | 600           |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>30.200</b>                       | <b>30.200</b> |

| 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 |               |  |
| 88859300             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |          | TOTAL A PAGAR |  |
| 2025-08              | 2025-08                           | N             | 04/09/2025               | 89574122        | \$30.200 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59                    | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |       |     |            | 230201            | 5.600.000 | 896.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 5.600.000 | 700.000                | 14-23    | 5.600.000 | 1               | 29.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                 |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1122783927        | SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY |        | Cil 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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| 89565985             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | N             | 04/09/2025               | 89574202        | \$4.000       |     |

### 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 | 1.800                  | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 1.800         | 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 | 2.200                  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 2.200         | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

#### 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 1.800                               | 1.800         |
| Pensión             | 1                              | 2.200                               | 2.200         |
| Riesgos Laborales   | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>      | <b>2</b>                       | <b>4.000</b>                        | <b>4.000</b>  |


| 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 |     |
| 89565985             | 03/09/2025                        |               |                          |                 | EMPLADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |          |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | N             | 04/09/2025               | 89574202        | \$4.000  |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**


| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |         | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | ISE | MA | MA | ASP   | VCT | IRL | CORRECCIÓN        | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1122783927            | CHINDOY JAMIOY SANDRA CLAUDIA | 59                    | 0       | N         |                |           | X   |     |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |       |     |     |                   | 230201   | 746.667 | 119.500    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSIC5   | 746.667 | 93.400                 | 14-23    | 746.667 | 1               | 3.900      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>No. DEL CONTRATO:</b>       | <b>1483 DE 2025</b>   |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>    | <b>DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC.</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | <b>SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | <b>MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ</b>  |
| <b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>   | <b>SUBGERENTE DE TELEVISIÓN</b>   |
| <b>PERIODO A REPORTAR:</b>     | <b>1 DE AGOSTO DE 2025 AL 31 DE AGOSTO DE 2025</b>  |

|  |   |
|--|---|
| <b><u>Informe de actividades:</u></b>  |   |
| <p>OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</p> <p>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:</p> |   |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>  |
| 1. Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.   | En el mes de agosto preparé los contenidos de la sección la Voz del Territorio. Diariamente me reuní con los jefes de emisión Eduardo López para la emisión del mediodía y Pablo Guevara para la emisión central, para proponer contenido y analizar las continuidades pertinentes. |
| 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 redacción virtual citados por los jefes de emisión, incorporando las sugerencias y recomendaciones de la emisión general y respecto a los contenidos a presentar en la sección la Voz del Territorio y otros requeridos. Anexo 1.                          |
| 3. Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato .   | Diariamente presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, también realicé avances y realicé contenidos para plataformas digitales. Anexo 2.  |
| 4. Producir contenidos para los espacios de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.   | Propuse contenidos de DTOS, VTR, FDTOS, AVANCES, INNES, BANNERS Y TITULARES. Dichos contenidos 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.  | Presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas al Director William Parra y a los jefes de emisión Eduardo López y Pablo Guevara; en relación a 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.  | Desarrollé 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.                                      |
| 7. Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.   | Realicé cubrimientos especiales solicitados por la supervisión específicamente en el cubrimiento del Concurso Departamental de Bandas Musicales realizado en el Municipio de Samaniego en Nariño.   |
| 8. Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de   | Para esta obligación, he atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del   |

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

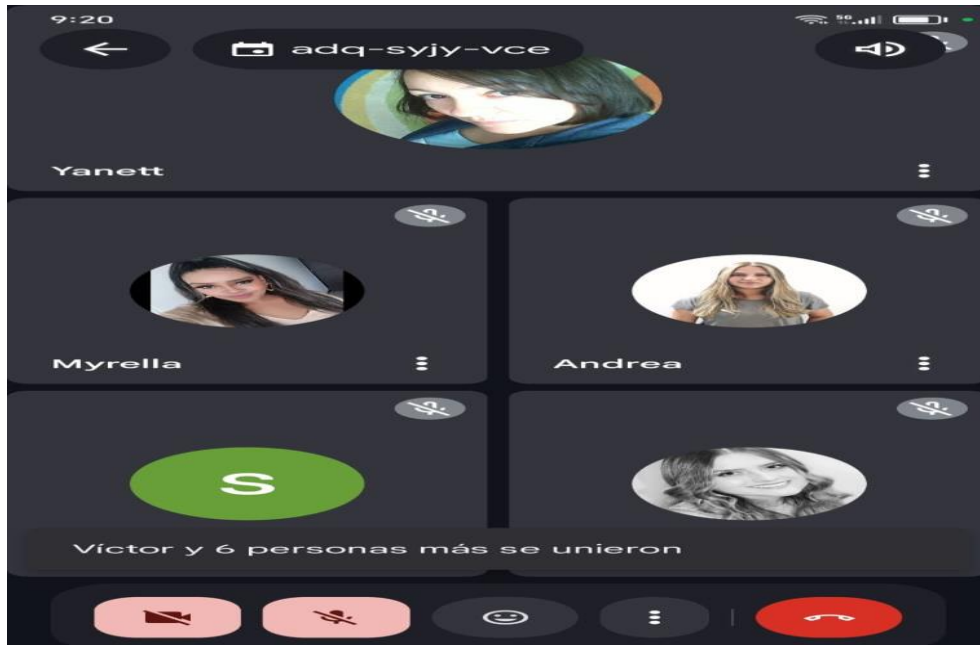
|  |   |
|--|---|
| vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.  | pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales.  |
| 9. Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.  | Durante el mes de agosto realicé el siguiente cubrimiento fuera de la región:<br><br>1. Cubrimiento de la 41 versión del concurso departamental e bandas musicales en el municipio de Samaniego Nariño, entre los días 16 al 17 de agosto del presente año. |
| 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.   | He actualizado contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección "La voz del territorio", mesas de análisis y cubrimientos coyunturales.   |
| 11. Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC.   | Realicé 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.   | Atendí 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.   | 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.   | En articulación con el equipo de producción, he realizado la debida legalización de los recursos que se le han entregado por concepto de gastos de viaje.<br><br>Anexo 7.   |
| 15. El contratista se compromete a remitir y cargar a la plataforma SECOPII, 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.   |
| 16. Las demás actividades asignadas por el supervisor de contrato, acordes con el objeto del mismo.  | Durante el presente periodo, como contratista atendí a cabalidad los requerimientos realizados por la Subgerente de Televisión supervisora 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



|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |












**Anexo 4 Cubrimiento especiales fuera de la región.**



|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

**Anexo 5 presentación de informes de viáticos**

|    |   |   |                |
|----|---|---|----------------|
| 2  |  | APROVISIONAMIENTO PARA LA PRESTACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS CONVERGENTES  | CODIGO: S-F-54 |
| 3  |   | FORMATO INFORME GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA LEGALIZACIÓN - SISTEMA MEDIOS PUBLICOS   | VERSIÓN: 1     |
| 4  |   |   | 31/07/2020     |
| 5  | <b>DÍA 2</b>  |   |                |
| 6  | Fecha de llegada a locación   | 15-may-25   |                |
| 7  | Hora de llamado   | 07:30 A.M.  |                |
| 8  | Fecha de Salida de locación   | 15-may-25   |                |
| 9  | Hora de Finalización  | 08:00 P.M.  |                |
| 10 | Lugar de grabación  | CALOTO - CAUCA  |                |
| 11 | Valor total desembolso  | \$ 320.000  |                |
| 12 | Descripción Actividades Día   | Durante la segunda jornada de cubrimiento, realizamos la transmisión de la rueda de prensa convocada por las autoridades tradicionales respecto al archivo de la reforma laboral durante el programa el Calentao, elaboramos VTR sobre reflexiones del congreso indígena para la emisión de mediodía, y elaboré nota sobre emprendimientos indígenas para la emisión central del noticiero con paso en Directo. |                |
| 13 | Objetivo de la producción   | GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA PERIODISTA POR 4 CONGRESO DEL CABILDO INDÍGENA EN CALOTO CAUCA DURANTE 2.5 DÍAS (DEL 14 AL 16 DE MAYO)   |                |

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

El presente informe se firma a los 04 días del mes de septiembre 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.

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>No. DEL CONTRATO:</b>       | <b>1483 DE 2025</b>   |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>    | <b>DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC.</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | <b>SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | <b>MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ</b>  |
| <b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>   | <b>SUBGERENTE DE TELEVISIÓN</b>   |
| <b>PERIODO A REPORTAR:</b>     | <b>1 DE JULIO DE 2025 AL 31 DE JULIO DE 2025</b>  |

|  |   |
|--|---|
| <b><u>Informe de actividades:</u></b>  |   |
| <p>OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</p> <p>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:</p> |   |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>  |
| 1. Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.   | Realicé 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 Eduardo López p a r a la emisión del m e d i o d í a y Pablo Guevara para la emisión central, para proponer contenido y analizar las continuidades pertinentes. |
| 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 redacción 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 y otros requeridos. Anexo 1.   |
| 3. Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato .   | Diariamente presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, realicé avances y realicé contenidos para plataformas digitales. Anexo 2.  |
| 4. Producir contenidos para los espacios de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.   | Propuse contenidos de DTOS, VTR, FDTOS, AVANCES, INNES, BANNERS Y TITULARES. Dichos contenidos 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.  | Para esta obligación presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas al Director William Parra y a los jefes de emisión Eduardo López y Pablo Guevara; en relación a 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.  | Desarrollé 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.  |
| 7. Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.   | Realicé cubrimientos especiales solicitados por la supervisión específicamente en el especial del lanzamiento del documental Chiribiquete desarrollado en el municipio de San José del Guaviare en Guaviare.  |
| 8. Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de   | Para esta obligación, he atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del   |

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

|  |  |
|--|--|
| vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.  | pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales. Anexo 6.  |
| 9. Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.  | Durante el mes de julio realicé el siguiente cubrimiento fuera de la región:<br><br>1. Cubrimiento de los 500 años de la Ciudad de Santa Marta y travesía a Ciudad Perdida Teyuna entre el 16 al 22 de julio del año en curso. |
| 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.   | He actualizado contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección "La voz del territorio", mesas de análisis, cubrimientos coyunturales y para plataformas digitales.                  |
| 11. Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC.   | Realicé 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.   | Atendí 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.   | 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.   | En articulación con el equipo de producción, he realizado la debida legalización de los recursos que se le han entregado por concepto de gastos de viaje.<br><br>Anexo 7.  |
| 15. El contratista se compromete a remitir y cargar a la plataforma SECOPII, 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.              |
| 16. Las demás actividades asignadas por el supervisor de contrato, acordes con el objeto del mismo.  | Durante el presente periodo, como contratista atendí a cabalidad los requerimientos realizados por la Subgerente de Televisión supervisora 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








**Anexo 4 Cubrimiento especiales fuera de la región.**







|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

**Anexo 5 Incorporación de recomendaciones de vestuario y maquillaje**



**Anexo 8 presentación de informes de viáticos**

|    |   |   |                |
|----|---|---|----------------|
| 2  |  | APROVISIONAMIENTO PARA LA PRESTACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS CONVERGENTES  | CODIGO: S-F-54 |
| 3  |   | FORMATO INFORME GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA LEGALIZACIÓN - SISTEMA MEDIOS PUBLICOS   | VERSIÓN: 1     |
| 4  |   |   | 31/07/2020     |
| 5  | <b>DÍA 2</b>  |   |                |
| 6  | Fecha de llegada a locación   | 15-may-25   |                |
| 7  | Hora de llamado   | 07:30 A.M.  |                |
| 8  | Fecha de Salida de locación   | 15-may-25   |                |
| 9  | Hora de Finalización  | 08:00 P.M.  |                |
| 10 | Lugar de grabación  | CALOTO - CAUCA  |                |
| 11 | Valor total desembolso  | \$ 320.000  |                |
| 12 | Descripción Actividades Día   | Durante la segunda jornada de cubrimiento, realizamos la transmisión de la rueda de prensa convocada por las autoridades tradicionales respecto al archivo de la reforma laboral durante el programa el Calentao, elaboramos VTR sobre reflexiones del congreso indígena para la emisión de mediodía, y elaboré nota sobre emprendimientos indígenas para la emisión central del noticiero con paso en Directo. |                |
| 13 | Objetivo de la producción   | GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA PERIODISTA POR 4 CONGRESO DEL CABILDO INDÍGENA EN CALOTO CAUCA DURANTE 2.5 DÍAS (DEL 14 AL 16 DE MAYO)   |                |

|   |                                       |                         |
|---|---------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b> P-F-25   |
|   |                                       | <b>Versión:</b> 3       |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b> 1/10/2021 |

El presente informe se firma a los 04 días del mes de septiembre 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.

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>No. DEL CONTRATO:</b>       | <b>1483 DE 2025</b>   |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>    | <b>DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC.</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | <b>SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | <b>MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ</b>  |
| <b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>   | <b>SUBGERENTE DE TELEVISIÓN</b>   |
| <b>PERIODO A REPORTAR:</b>     | <b>1 DE JUNIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2025</b>  |

|  |   |
|--|---|
| <b><u>Informe de actividades:</u></b>  |   |
| <p>OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</p> <p>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:</p> |   |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>  |
| 1. Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.   | Realicé 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 Eduardo López p a r a la emisión del m e d i o d í a y Pablo Guevara para la emisión central, para proponer contenido y analizar las continuidades pertinentes. |
| 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 redacción 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 y otros requeridos. Anexo 1.   |
| 3. Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato .   | Diariamente presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, realicé avances y realicé contenidos para plataformas digitales. Anexo 2.  |
| 4. Producir contenidos para los espacios de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.   | En el mes de junio propuse contenidos de DTOS, VTR, FDTOS, AVANCES, INNES, BANNERS Y TITULARES. Dichos contenidos 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.  | Para esta obligación presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas al Director William Parra y a los jefes de emisión Eduardo López y Pablo Guevara; en relación a 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.  | Desarrollé 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.  |
| 7. Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.   | Realicé cubrimientos especiales solicitados por la supervisión específicamente en el especial del lanzamiento del documental Chiribiquete desarrollado en el municipio de San José del Guaviare en Guaviare.  |
| 8. Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de   | Para esta obligación, he atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del   |

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

|  |  |
|--|--|
| vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.  | pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales. Anexo 6.  |
| 9. Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.  | Durante el mes de junio realicé el siguiente cubrimiento fuera de la región:<br><br>1. Cubrimiento del lanzamiento del especial Chiribiquete realizado en San José del Guaviare durante el 10 al 15 de junio del año en curso. |
| 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.   | He actualizado contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección "La voz del territorio", mesas de análisis, cubrimientos coyunturales y para plataformas digitales.                  |
| 11. Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC.   | Realicé 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.   | Durante junio atendí 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.   | 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.   | En articulación con el equipo de producción, he realizado la debida legalización de los recursos que se le han entregado por concepto de gastos de viaje.<br><br>Anexo 7.  |
| 15. El contratista se compromete a remitir y cargar a la plataforma SECOPII, 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.              |
| 16. Las demás actividades asignadas por el supervisor de contrato, acordes con el objeto del mismo.  | Durante el presente periodo, como contratista atendí a cabalidad los requerimientos realizados por la Subgerente de Televisión supervisora 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








**Anexo 4 Cubrimiento especiales fuera de la región.**





|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

**Anexo 5 Incorporación de recomendaciones de vestuario y maquillaje**



**Anexo 8 presentación de informes de viáticos**

|    |   |   |                |
|----|---|---|----------------|
| 2  |  | APROVISIONAMIENTO PARA LA PRESTACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS CONVERGENTES  | CODIGO: S-F-54 |
| 3  |   | FORMATO INFORME GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA LEGALIZACIÓN - SISTEMA MEDIOS PUBLICOS   | VERSIÓN: 1     |
| 4  |   |   | 31/07/2020     |
| 5  | <b>DÍA 2</b>  |   |                |
| 6  | Fecha de llegada a locación   | 15-may-25   |                |
| 7  | Hora de llamado   | 07:30 A.M.  |                |
| 8  | Fecha de Salida de locación   | 15-may-25   |                |
| 9  | Hora de Finalización  | 08:00 P.M.  |                |
| 10 | Lugar de grabación  | CALOTO - CAUCA  |                |
| 11 | Valor total desembolso  | \$ 320.000  |                |
| 12 | Descripción Actividades Día   | Durante la segunda jornada de cubrimiento, realizamos la transmisión de la rueda de prensa convocada por las autoridades tradicionales respecto al archivo de la reforma laboral durante el programa el Calentao, elaboramos VTR sobre reflexiones del congreso indígena para la emisión de mediodía, y elaboré nota sobre emprendimientos indígenas para la emisión central del noticiero con paso en Directo. |                |
| 13 | Objetivo de la producción   | GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA PERIODISTA POR 4 CONGRESO DEL CABILDO INDÍGENA EN CALOTO CAUCA DURANTE 2.5 DÍAS (DEL 14 AL 16 DE MAYO)   |                |

|   |                                       |                         |
|---|---------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b> P-F-25   |
|   |                                       | <b>Versión:</b> 3       |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b> 1/10/2021 |

El presente informe se firma a los 04 días del mes de septiembre 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.

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>No. DEL CONTRATO:</b>       | <b>1483 DE 2025</b>   |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>    | <b>DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC.</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | <b>SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | <b>MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ</b>  |
| <b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>   | <b>SUBGERENTE DE TELEVISIÓN</b>   |
| <b>PERIODO A REPORTAR:</b>     | <b>21 DE MAYO DE 2025 AL 31 DE MAYO DE 2025</b>   |

|  |  |
|--|--|
| <b><u>Informe de actividades:</u></b>  |  |
| <p>OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</p> <p>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:</p> |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>   |
| 1. Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.   | En el periodo del informe realicé la debida 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 para la emisión del mediodía y Pablo Guevara para la emisión central, para proponer contenido y analizar las continuidades pertinentes. |
| 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 redacción 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 y otros requeridos. Anexo 1.  |
| 3. Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato .   | De manera diaria presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, realicé avances y realicé contenidos para plataformas digitales. 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 contenidos 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.  | Para esta obligación presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas al Director William Parra y a los jefes de emisión Rober Vivas y Pablo Guevara; en relación a 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.  | 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.  |
| 7. Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.   | En el periodo del presente informe realicé cubrimientos especiales solicitados por la supervisión respecto a movilizaciones, encuentros sociales en Bogotá y reacciones coyunturales de noticias.  |
| 8. Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de   | Para esta obligación, he atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del  |

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

|  |   |
|--|---|
| vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.  | pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales. Anexo 6.   |
| 9. Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.  | Durante el presente periodo de informe no realicé cubrimientos por fuera de la ciudad o región.   |
| 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.   | He realizado la revisión sobre los contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección "La voz del territorio", mesas de análisis, cubrimientos coyunturales y para plataformas digitales. |
| 11. Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC.   | Realicé 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.   | He 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.   | 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.   | En articulación con el equipo de producción, he realizado la debida legalización de los recursos que se le han entregado por concepto de gastos de viaje.<br><br>Anexo 7.   |
| 15. El contratista se compromete a remitir y cargar a la plataforma SECOPII, 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.                 |
| 16. Las demás actividades asignadas por el supervisor de contrato, acordes con el objeto del mismo.  | Durante el presente periodo, como contratista atendí a cabalidad los requerimientos realizados por la Subgerente de Televisión supervisora 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.

|          |           |
|----------|-----------|
| Código:  | P-F-25    |
| Versión: | 3         |
| Fecha:   | 1/10/2021 |

Anexos:

Anexo 1 Asistencia a consejos de redacción



Anexo 2 Presentación de contenidos












**Anexo 4 Incorporación de recomendaciones de vestuario y maquillaje**



**Anexo 8 presentación de informes de viáticos**

|    |   |   |                |
|----|---|---|----------------|
| 2  |  | APROVISIONAMIENTO PARA LA PRESTACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS CONVERGENTES  | CODIGO: S-F-54 |
| 3  |   | FORMATO INFORME GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA LEGALIZACIÓN - SISTEMA MEDIOS PUBLICOS   | VERSIÓN: 1     |
| 4  |   |   | 31/07/2020     |
| 5  | <b>DÍA 2</b>  |   |                |
| 6  | Fecha de llegada a locación   | 15-may-25   |                |
| 7  | Hora de llamado   | 07:30 A.M.  |                |
| 8  | Fecha de Salida de locación   | 15-may-25   |                |
| 9  | Hora de Finalización  | 08:00 P.M.  |                |
| 10 | Lugar de grabación  | CALOTO - CAUCA  |                |
| 11 | Valor total desembolso  | \$ 320.000  |                |
| 12 | Descripción Actividades Día   | Durante la segunda jornada de cubrimiento, realizamos la transmisión de la rueda de prensa convocada por las autoridades tradicionales respecto al archivo de la reforma laboral durante el programa el Calentao, elaboramos VTR sobre reflexiones del congreso indígena para la emisión de mediodía, y elaboré nota sobre emprendimientos indígenas para la emisión central del noticiero con paso en Directo. |                |
| 13 | Objetivo de la producción   | GASTOS DE MANUTENCIÓN PARA PERIODISTA POR 4 CONGRESO DEL CABILDO INDÍGENA EN CALOTO CAUCA DURANTE 2.5 DÍAS (DEL 14 AL 16 DE MAYO)   |                |
| 14 | Rol dentro del proyecto (Describir las funciones desarrolladas)                     | PERIODISTA  |                |
| 15 | Anexos (Acá incluir soportes si lo creen conveniente)                               |   |                |
| 16 | Observaciones adicionales   | N/A   |                |

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

El presente informe se firma a los 03 días del mes de septiembre 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.

|   |                                       |          |           |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | Código:  | P-F-25    |
|   |                                       | Versión: | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Fecha:   | 1/10/2021 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>No. DEL CONTRATO:</b>       | <b>1483 DE 2025</b>   |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>    | <b>DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PERIODISMO Y PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS PARA LAS PLATAFORMAS DE RTVC.</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | <b>SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | <b>MARIA PAULA FONSECA GÓMEZ</b>  |
| <b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>   | <b>SUBGERENTE DE TELEVISIÓN</b>   |
| <b>PERIODO A REPORTAR:</b>     | <b>1 DE SEPTIEMBRE DE 2025 AL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2025</b>   |

|  |  |
|--|--|
| <b><u>Informe de actividades:</u></b>  |  |
| <p>OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS:</p> <p>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:</p> |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>   |
| 1. Realizar la preparación diaria de los contenidos a presentar en las emisiones delegadas del servicio informativo de RTVC.   | En el periodo de informe preparé los contenidos de la sección la Voz del Territorio. Diariamente me reuní con los jefes de emisión Eduardo López para la emisión del mediodía 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 redacción virtual citados por los jefes de emisión, incorporando las sugerencias y recomendaciones de la emisión general y respecto a los contenidos a presentar en la sección la Voz del Territorio y otros requeridos. Anexo 1. |
| 3. Presentar los contenidos de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato .   | Presenté los contenidos de la sección la voz del territorio en la emisión del mediodía y emisión central del noticiero RTVC, también realicé avances y realicé contenidos para plataformas digitales. Anexo 2.   |
| 4. Producir contenidos para los espacios de las plataformas de RTVC que le sean asignados por la supervisión del contrato.   | Propuse contenidos de DTOS, VTR, FDTOS, AVANCES, INNES, BANNERS Y TITULARES. Dichos contenidos 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.  | Presenté propuestas de notas periodísticas y entrevistas a los jefes de emisión Eduardo López y Pablo Guevara; en relación a 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.  | Desarrollé 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.             |
| 7. Apoyar los cubrimientos e informes que le sean solicitados por la supervisión del contrato.   | Realicé cubrimientos especiales solicitados por la supervisión específicamente relacionados con comunidades étnicas para fortalecer la sección La Voz del Territorio.  |
| 8. Atender y cumplir los conceptos emitidos por los encargados de los equipos de   | Para esta obligación, he atendido las recomendaciones del equipo de vestuario, maquillaje y asesores de imagen, principalmente, en la presentación con el vestido ancestral del  |

|   |                                       |                 |           |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------|
|  | <b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>         | <b>Código:</b>  | P-F-25    |
|   |                                       | <b>Versión:</b> | 3         |
|   | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b> | <b>Fecha:</b>   | 1/10/2021 |

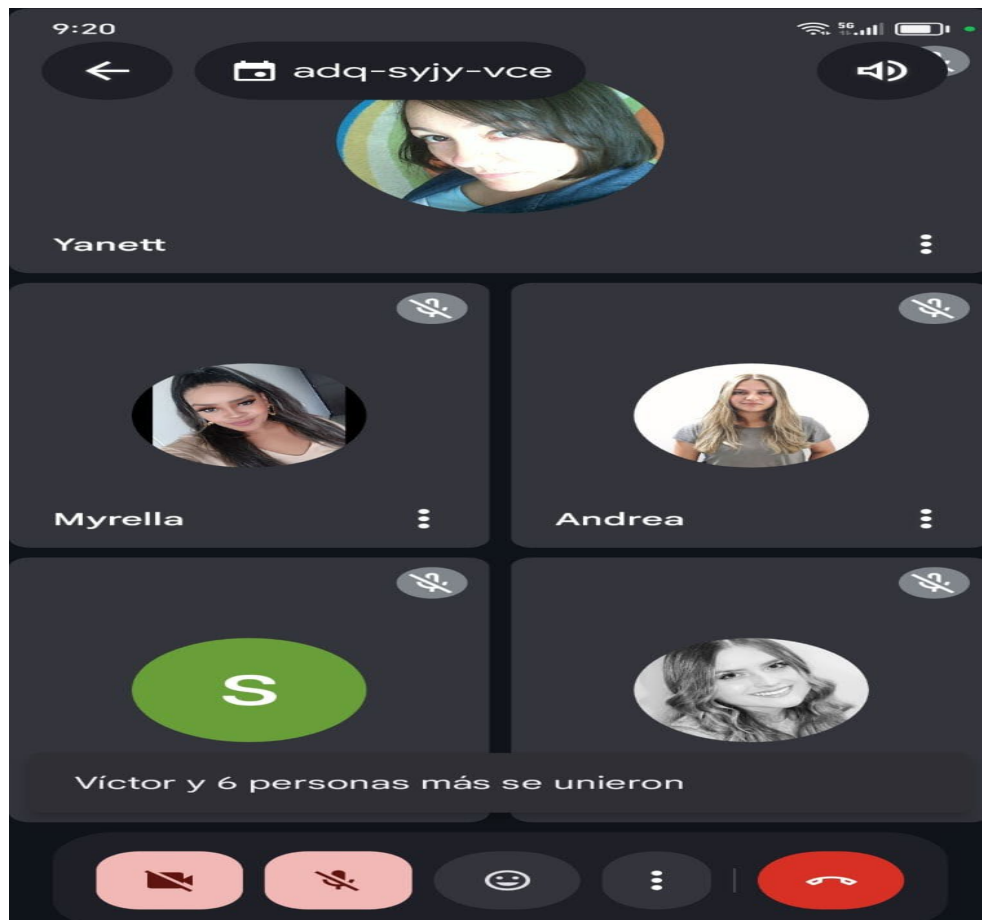
|  |   |
|--|---|
| vestuario, maquillaje y asesores de imagen asignados por la producción.  | pueblo indígena Kamentsá y proponiendo la combinación con trajes convencionales.  |
| 9. Tener disponibilidad para realizar las presentaciones, ya sea fuera de la ciudad, región, país, si el desarrollo del proyecto lo requiere.  | Durante el periodo del presente informe no realicé presentaciones fuera de la ciudad o región.  |
| 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.   | He actualizado contenidos de televisión, incorporando diferentes estrategias para articular en la sección "La voz del territorio", mesas de análisis y cubrimientos coyunturales.                                 |
| 11. Aplicar en cada una de sus actividades las indicaciones establecidas en los Manuales de Estilo de las plataformas de contenidos de RTVC.   | Apliqué el 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.   | Diariamente atendí 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.   | He 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.   | Durante el periodo del presente informe no presento legalización de recursos por concepto de viáticos dado que realicé cubrimientos o presentaciones que hubieran requerido de estos recursos.                    |
| 15. El contratista se compromete a remitir y cargar a la plataforma SECOPII, 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. |
| 16. Las demás actividades asignadas por el supervisor de contrato, acordes con el objeto del mismo.  | Durante el presente periodo, como contratista atendí a cabalidad los requerimientos realizados por la Subgerente de Televisión supervisora 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







**Anexo 5 Incorporación recomendaciones de vestuario**



El presente informe se firma a los 04 días del mes de septiembre 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

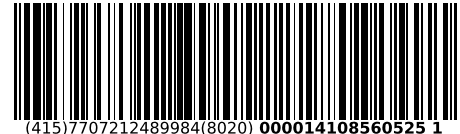
**Nota 3:** Se acepta la firma física, firma digital (visible o invisible) o a través de la aceptación mediante medios digitales correo electrónico, estos últimos, como mecanismos idóneos conforme a lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Ley 527 de 1999; y las directrices internas que respalden 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.

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141085605251



(415)7707212489984(8020) 000014108560525 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 2 7 8 3 9 2 7

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 2 2 7 8 3 9 2 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Putumayo

8 6

30. Ciudad/Municipio

Sibundoy

7 4 9

31. Primer apellido

CHINDOY

32. Segundo apellido

JAMIOY

33. Primer nombre

SANDRA

34. Otros nombres

CLAUDIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 45 B 1 A 20 BRR MARISCAL SUCRE CHAPINERO

42. Correo electrónico

sandrachindoy2015@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 2 3 0 4 6 6 5

45. Teléfono 2

3 1 3 4 6 2 2 4 1 1

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

| Actividad principal |                            | Actividad secundaria |                            | Otras actividades |   | 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|---|------------|-----------------------------|
| 46. Código          | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código           | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código        | 1 | 2          |                             |
| 8 2 9 9             | 2 0 1 9 0 1 1 0            | 7 4 9 0              | 2 0 2 0 0 6 0 1            | 8 5 2 3           |   |            |                             |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

| 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 54. Código |   |   |   |   |   |   |   |   |    |           |          |          |   |   |   |
|            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |           |          | 57. Modo |   |   |   |
|            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |           |          | 58. CPC  |   |   |   |

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 202007865 , con fecha de apertura 26 de Julio de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.122.783.927

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Septiembre de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

**Scotiabank Colpatria S.A.**

[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)

 Scotiabank  COLPATRIA



Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY**

C.C 1.122.783.927

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de julio 2025

**Aura Isabel Mora**

Código: 761811560000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



# INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Puntos totales **10/14** 

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN - [Ley de Habeas Data].

La Política de Tratamiento de la Información y la Privacidad tiene por finalidad proteger la confidencialidad de los datos personales que es proporcionada libre y voluntariamente por sus Titulares, que la registran a través de los diferentes medios, entre ellos, el presente.

En el enlace se encuentra la declaración de tratamiento de la información en RTVC, por favor tómese un momento y lea esta información, previo a autorizar a RTVC para el manejo de sus datos personales.

La Política de Manejo de Información en RTVC, también se encuentra publicada en el aplicativo KAWAK (RTVC).

Para ver en detalle la autorización de tratamiento de información y datos personales de RTVC, por favor, seleccione la opción correspondiente a continuación.

Muchas gracias

Correo \*

[schindoy@rtvcnoticias.com](mailto:schindoy@rtvcnoticias.com)

Gracias por rellenar [ACTUALIZACIÓN BENEFICIOS TRIBUTARIOS ABR 2025 - MAR 2026](#)

Esto es lo que se recibió.

## ACTUALIZACIÓN BENEFICIOS TRIBUTARIOS ABR 2025 - MAR 2026

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN - [Ley de Habeas Data].

La Política de Tratamiento de la Información y la Privacidad tiene por finalidad proteger la confidencialidad de los datos personales que es proporcionada libre y voluntariamente por sus Titulares, que la registran a través de los diferentes medios, entre ellos, el presente.

En el enlace se encuentra la declaración de tratamiento de la información en RTVC, por favor tómese un momento y lea esta información, previo a autorizar a RTVC para el manejo de sus datos personales.

La Política de Manejo de Información en RTVC, también se encuentra publicada en el aplicativo KAWAK (RTVC).

Para ver en detalle la autorización de tratamiento de información y datos personales de RTVC, por favor, seleccione la opción correspondiente a continuación.

Muchas gracias

Se ha registrado tu correo ([sandrachindoy02@gmail.com](mailto:sandrachindoy02@gmail.com)) al enviar este formulario.

Sección sin título

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows

97165

**\*PRIORITARIO\* SOLICITUD DE PAZ Y SALVO SANDRA CHINDOY CTO 1483/2025**



Alta

Fecha del CAT:  
04/09/2025 12:00  
PM


Solicito amablemente paz y salvo de la señora SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY identificada con cedula No 1.122.783.927 quien termino el contrato No 1483/2025 y termina anticipadamente el contrato a 4 de septiembre de 2025

Adjuntar

Atención:

Mensajes:

Mensaje:

 **alcastellanos** Buenas tardes, La contratista SANDRA CLAUDIA CHINDOY JAMIOY, identificada con cédula de ciudadanía 1122783927, con número de contrato 1483-2025, no tiene activos a cargo, se encuentra a paz y salvo con la Coordinación de Gestión Administrativa. A fecha 04/09/2025. 03:35 PM

Estado actual: Cierre de la solicitud

Handler: **Angie Lizeth Castellanos Cuestas - Contratista**

# 97169



**Alta**

Estado actual:Resolved

Fecha del CAT:04/09/2025

Usuario:gchona(8889)

Handler Interno

## PAZ Y SALVO SANDRA CHINDOY

**Detalle: BUENAS TARDES, SOLICITO EL FAVOR DE GESTIONAR EL PAZ Y SALVO DE LA PERIODISTA SANDRA CHINDOY YA QUE TRABAJA HASTA EL DIA DE JHOY , EL EQUIPO DE ELLA SERA ASIGNADO A ROBER VIVAS JEFE DE EMISION**

\_Requestfulfillment:TIPaz y Salvo\Requerimiento



Inicio

Actividades



Información



Tiempo restante287:56:19



Máximo Estimado

16/09/2025 03:19 PM

Tiempo máximo restante



Guía



Caso

Información



Adjuntar

archivo

Enlace

### Atención:



Iquiroga

Atención para Análisis del requerimiento Buen día, Se realizó la validación de los sistemas de información, cuentas, equipos a cargo y el contratista se encuentra al día. Por tanto, se aprueba y expide paz y salvo Informático Sandra Claudia Chindoy Jamioy

03:22 ...

### Agregar mensajes:

Mensaje:



Iquiroga

Buen día, Se realizó la validación de los sistemas de información, cuentas, equipos a cargo y el contratista se encuentra al día. Por tanto, se aprueba y expide paz y salvo Informático Sandra Claudia Chindoy Jamioy

03:23 ...



Análisis del requerimiento

Ejecución del requerimiento

Encuesta de satis

IT Help Center 2022 Q2 3.3.4.5.20



Chatear en línea



Ayuda en línea



© Copyright 2021 Leverit.com, Inc. El uso de este sitio significa su aceptación de los términos de uso y la política de privacidad de LeverIT. LeverIT, los logotipos de LeverIT y otras marcas de LeverIT son marcas comerciales o marcas comerciales registradas del Software de LeverIT, Inc. en los Estados Unidos y/o en algunos otros países