



**Proceso Gestión Financiera**  
**Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios**

**F1.P17.GF**    **05/05/2022**  
**Versión 8**    **Página 1 de 4**

**1.DATOS GENERALES**

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 1000707**

**CONTRATO No.** 27001502026    **Del** 25/01/2026    **SEDE O REGIONAL:** Chocó  
**PLAZO DE EJECUCION DESDE:** 29/01/2026    **HASTA:** 31/07/2026  
**NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA:** **ANDY DIRLESA ROBLEDO CHAVERRA**  
**No. Documento de identificación:** **1,077,476,681**    **Régimen:** **No Responsable**  
**No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión:** **6021735833**    **Pago ARL:** **SI**    **Nivel ARL(Nivel Riesgo):** **1**  
**Pago No.:** **4 / 6**    **Mes de Pago:** **MAYO**    **Declarante de Renta:** **NO**    **Pensionado:** **NO**    **Cesión:** **NO**    **Número de pago:** **0**  
**Tipo Informe:** **Vigencia actual**    **Vigencia Futura:** **NO**    **Número de Pago:** **0**

**2. INFORMACION FINANCIERA**

**VALORES**

|                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES           | 27,476,778.00        |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)                      | 0.00                 |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)                   | 3,925,254.00         |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | 14,915,965.00        |
| <b>SALDO PENDIENTE POR PAGAR</b>                       | <b>12,560,813.00</b> |

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 43226    Nro de Factura:**

| Identificador Presupuestal      | Recurso | Valor a Pagar |
|---------------------------------|---------|---------------|
| C-4602-1500-9-704080-4602022-02 | 27      | 3,925,254.00  |

**APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):                     | 218,863.00 |
| APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)                   | 280,145.00 |
| APORTES FSP (*):                                     | 0.00       |
| APORTE ARL (*):                                      | 9,140.00   |
| APORTE VOLUNTARIO AFC (*):                           | 0.00       |
| APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*): | 0.00       |
| CUENTA DE AHORRO AVC (*):                            | 0.00       |

(\*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

**Fecha Creación**  
7/2/2026 11:53:14 AM

**Fecha Impresión:**  
7/8/2026 11:47:10 AM

**Corrección:** 0

**F1.P17.GF**

### 3. INFORME DE ACTIVIDADES

| Obligación Contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Producto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACTIVIDAD 1. PARTICIPAR EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN CONJUNTA DE ACCIONES, ESTRATEGIAS Y PEDAGOGÍAS DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE LA UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO (UTFC) Y EL EQUIPO OPERATIVO DE LA REGIONAL, ORIENTADAS AL TRABAJO CON LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES PARTICIPANTES.                                                                                                                                                                                                              | 1.1 EN EL MES SE REALIZARON LAS PRIMERAS VISITAS A 125 FAMILIAS, DESARROLLANDO LA TEMÁTICA REDES DE APOYO PARA FORTALECER EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR.<br><br>1.2 EN LA SEGUNDA VISITA DEL MES SE TRABAJÓ LA TEMÁTICA COMUNICACIÓN ASERTIVA, FORTALECIENDO EL DIÁLOGO Y LA CONVIVENCIA EN LAS FAMILIAS. LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLARON SATISFACTORIAMENTE Y LAS FAMILIAS PARTICIPARON CON BUENA DISPOSICIÓN. |
| ACTIVIDAD 2. IDENTIFICAR Y VINCULAR A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO PRIORIZADO A TRAVÉS DE ENCUENTROS FAMILIARES Y/O ENCUENTROS COMUNITARIOS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2.1 DURANTE EL MES SE IDENTIFICARON Y VINCULARON LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO PRIORIZADO MEDIANTE LAS VISITAS FAMILIARES, ABORDANDO LA TEMÁTICA REDES DE APOYO.<br><br>2.2 EN LA SEGUNDA VISITA DEL MES SE DESARROLLÓ LA TEMÁTICA COMUNICACIÓN ASERTIVA, FORTALECIENDO LA PARTICIPACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS VINCULADAS AL SERVICIO.                                                             |
| ACTIVIDAD 3. DILIGENCIAR CON CADA FAMILIA DE LA UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO, LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO, COMO INSUMO PARA ELABORAR Y APOYAR LA RECONSTRUCCIÓN - CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO                                                                                                                                                                                                                                  | 3.1 Participé en la planeación de las visitas en el hogar, coordinando en duplas las actividades a desarrollar con las familias.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ACTIVIDAD 4. REALIZAR ACCIONES DE DIRECCIONAMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ASIGNADAS PARA ACTIVAR RUTAS EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUEN RIESGOS DE DESNUTRICIÓN Y/O DETERIORO DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS O MUJERES GESTANTES Y/ LACTANTES.                                                                                                                                                                                                                                  | 4.1 Durante las visitas realizadas no se identificaron casos de riesgo de desnutrición ni de deterioro de la salud en niños menores de 5 años o mujeres gestantes y/o lactantes que requirieran activación de rutas.                                                                                                                                                                                          |
| ACTIVIDAD 5. PROMOVER EN LAS ACTIVIDADES DEL ÁMBITO FAMILIAR, COMUNITARIO Y REGIONAL, ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYAN AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y DE SALUD DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES Y PERSONAS GESTANTES O EN PERÍODO DE LACTANCIA, MEDIANTE EJERCICIOS DE MEMORIA ALIMENTARIA (GASTRONOMÍA ANCESTRAL Y/O TRADICIONAL, IDENTIFICACIÓN LOS ALIMENTOS LOCALES, SUS FORMAS DE PREPARACIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y CONSUMO), DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA GUÍA DEL SERVICIO | 5.1 Durante el período reportado no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación, debido a que no se presentaron casos que requirieran esta intervención.                                                                                                                                                                                                                                       |

ACTIVIDAD 6. PROMOVER CON LAS FAMILIAS, COMUNIDADES Y UNIDADES DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO LA GENERACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, FÍSICA Y EMOCIONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE CON LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y FAMILIAS ENCAMINADAS AL CUIDADO Y EL BUEN-VIVIR EN LOS TERRITORIOS.

6.1 Durante las visitas familiares se promovieron hábitos de vida saludables y el fortalecimiento de la salud física, mental y emocional mediante las temáticas de redes de apoyo y comunicación asertiva.

ACTIVIDAD 7. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y COMUNIDADES DE APRENDIZAJE, GRUPOS DE TRABAJO Y EN LOS DEMÁS ESCENARIOS QUE SEAN CONVOCADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN DE LA UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO.

7.1 Participé en las capacitaciones virtuales convocadas para el fortalecimiento técnico del servicio, asistiendo de manera oportuna.

7.2 Participé en la planeación de las visitas familiares, coordinando las actividades a desarrollar con las duplas.

7.3 Realicé las visitas a las familias asignadas, brindando acompañamiento y desarrollando las temáticas programadas.

ACTIVIDAD 8. CUMPLIR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE GUARDEN RELACIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO.

.1 Ejecuté las actividades asignadas por el supervisor del contrato, en cumplimiento de las funciones y objetivos del servicio.

**CERTIFICACION JURAMENTADA**

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 27001502026 DEL 2026.

*Andy Dineza R. Chaverra*

Firma del Contratista: \_\_\_\_\_

C.C No.: 1,077,476,681



**Proceso Gestión Financiera**  
**Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios**

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 4 de 4

**CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de tres millones novecientos veinticinco mil doscientos cincuenta y cuatro pesos m/cte.,(\$ 3,925,254.00).

**FIRMA:**

| NOMBRE                           | CARGO        | DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL | FIRMA                        |
|----------------------------------|--------------|----------------------------|------------------------------|
| CLAUDIA ESTHER MOSQUERA PALACIOS | COORDINADORA | CENTRO ZONAL BAUDO         | <i>Claudia E Mosquera P.</i> |

Revisó: \_\_\_\_\_

Bajo Baudó, 08/07/2026

Documento de cobro No 4

**EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF**  
**Nit. No.899.999.239-2**

DEBE A:

**ANDY DIRLESA ROBLEDO CHAVERRA**  
**NIT. No. 1077476681-1**

La suma de **tres millones novecientos veinticinco mil doscientos cincuenta y cuatro pesos M/cte. (\$3.925.254)**, por concepto de Prestar Servicios De Apoyo A La Gestión Para La Implementación Y Evaluación De Estrategias De Promoción Y Educación En Salud En El Marco De La Implementación Del Servicio Somos Familias Somos Comunidad, del contrato **N° 27001502026** del año 2026.

Consignar a la cuenta número 53675755651 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

| Periodo de Pago Desde | Periodo de Pago Hasta |
|-----------------------|-----------------------|
| 01/05/2026            | 31/05/2026            |

**NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS**

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8899

| CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI/NO        |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1                                                                               | Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI           |
| 2                                                                               | El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.<br><br>Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11%, 10%, 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales<br><br>No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO           |
| 3                                                                               | Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, \$ 69.718.600,00)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO           |
| 4                                                                               | • He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) con el sector privado o 4.000 UVT (\$ 199.196.000,00 - 2025) (\$ 209.496.000,00 - 2026) con el Estado<br><br>• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT (\$ 209.496.000,00 - 2026) (\$ 199.196.000,00 - 2025) | NO<br><br>NO |
| 5                                                                               | De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0,00 %       |
| 6                                                                               | • <b>PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con <b>los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro</b> , en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. ( <b>Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta</b> )                                                                                                                                                                                                                                    | NO           |
|                                                                                 | • <b>PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con <b>los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI           |

Cordialmente,

Andy Dirlesa R. Chaverra

**ANDY DIRLESA ROBLEDO CHAVERRA**

C.C.: **1077476681**  
Dirección: **CL 28 5 27**  
Celular: **3107051810**  
Correo Electrónico: **andirocha1998@gmail.com**  
*No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas*



## Resumen de pago

### Descripción de compra

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

### Tienda

SOI ACH

### Estado de la transacción

Transacción exitosa

### Fecha de la transacción

3 de julio de 2026 a las 12:05 p. m.

### CUS

446589685

### Referencia Nequi

M08800943

### ¿Cuánto?

\$ 524.300,00

### Valor de los impuestos

\$ 0,00

### Número de referencia 1

10.80.25.153

### Número de referencia 2

CC

### Número de referencia 3

1077476681

### Factura de comercio

6021735833

### Tu plata salió de:



Disponible

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                               |                                                  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:     | 1077476681                                       | NÚMERO PLANILLA:               | 6021735833 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      | ANDY DIRLESA ROBLEDO CHAVERRA |                                                  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2026             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | QUIBDO               | DEPARTAMENTO:                 | CHOCO                                            | DÍAS DE MORA:                  | 43         |                           | 2026             |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 28 # 5-28      | TÉLFONO:                      | 6716013                                          | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/07/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 446589685        |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:              | I-INDEPENDIENTE                                  |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:          | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                               |                                                  |                                |            |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                               | NO                                               |                                |            |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |          |              |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|----------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |          |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA     | VALOR PAGADO |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES | 1              | \$ 280.200 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 8.800   | \$ 0 | \$ 280.200 | \$ 8.800 | \$ 289.000   |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 280.200 | \$ 8.800 | \$ 289.000   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |          |           |              |  |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|----------|-----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |          |           |              |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA     | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| EPS037                | EPS037-NUEVA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 218.900  | \$ 0        | \$ 6.900   | \$ 0        | \$ 218.900 | \$ 6.900 | \$ 0      | \$ 225.800   |  |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 218.900 | \$ 6.900 | \$ 0      | \$ 225.800   |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                        |                |                     |       |                      |               |       |             |          |        |           |              |  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|--------|-----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA                        |                                        | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |        |           |              |  |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                 |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 9.200    | \$ 9.200 | \$ 300 | \$ 0      | \$ 9.500     |  |
| SUBTOTALES:                           |                                        |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 9.200 | \$ 300 | \$ 0      | \$ 9.500     |  |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                    |          |           |            |              |             |           |          |                           |              |                   |          |           |            |      |            |                                        |      |           |              |          |              |       |          |      |                   |              |
|-------------------------------|----------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|-------------------|----------|-----------|------------|------|------------|----------------------------------------|------|-----------|--------------|----------|--------------|-------|----------|------|-------------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                    |          |           |            |              |             |           |          | PARAFISCALES              |              |                   |          |           |            |      |            |                                        |      |           |              |          |              |       |          |      |                   |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                       | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN            |          |           |            |              | SALUD       |           |          |                           |              | ARP               |          |           | DÍAS COT   | IBC  | CCF        |                                        | SENA | ICBF      | ESAP         | MINEDU   |              |       |          |      |                   |              |
|                               |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN              | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN             | DÍAS COT | IBC       |            |      | COTIZACIÓN | VALOR ADRES                            |      |           |              |          | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 1077476681  | ROBLEDO CHAVERRA ANDY DIRLESA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.750.905   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 25-14 COLPENSIONES | 30       | 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 280.200   | EPS037- NUEVA EPS | 30       | 1.750.905 | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30   | 1.750.905 | \$ 107747668 | \$ 9.200 | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         |