

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        | Versión<br>3                     |              |  |                      |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                                       |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                      |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES                            |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                                   | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1032368478           |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | catalu65@gmail.com                                    |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 2701645 - 3112276802 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                       |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                      |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS<br>11 PUENTE ARANDA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED               |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU40R25              | 100                      |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                       |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                      |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 4870449792                                            |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 4300                     |                                                       |                        | VIGENCIA                         |              | 2023                                                                                |                      |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2955                 | FECHA                    | 2023-11-29<br>16:58:36.000                            | NÚMERO DE CRP          | 62372                            | FECHA        | 2023-11-30<br>13:00:00.000                                                          |                      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | APOYO TECNOLÓGICO I      |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                                 | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       | 2023-11-01             |                                  |              | 2023-11-30                                                                          |                      |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                       | \$2,646,971            |                                  |              |                                                                                     |                      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | Administrativo       |                          | RESERVA DE GLOSA 0%                                   |                        |                                  | N/A          |                                                                                     |                      |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                       |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |                      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                       |                        |                                  | \$23,028,648 |                                                                                     |                      |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        |                                  | \$23,028,648 |                                                                                     |                      |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                                       |                        |                                  | \$2,646,971  |                                                                                     |                      |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                      |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                                       |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                       |                        |                                  | 100%         |                                                                                     |                      |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                       | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                                                                       |                      |
| 1058134638                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526            | \$113,566                |                                                       | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |                      |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| MAURICIO ANTONIO JIMENEZ CASTELBLANCO<br>79329918<br>Supervisor                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                          |                                                       |                        |                                  |              |                                                                                     |                      |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Recibir del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realizar el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.                                                                                                                     | 1. Recibi del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realice el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.                    | 1. Se entrega base de datos actualizada con informacion de devoluciones recibidas                                                                                                 |
| 2.Realizar los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder del area.                                                                                                                                                           | 2.Realice los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.                                                   | 2.Se entrega Informe de devoluciones especificando devoluciones recibidas, devoluciones contestadas y devoluciones radicadas                                                      |
| 3. Identificar los motivos de devolución, clasificar y gestionar ante las diferentes áreas para subsanar las objeciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC).                                                                                                  | 3. Identifique los motivos de devolución, clasifique y gestione ante las diferentes áreas para subsanar las objeciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC) | 3.Se entrega clasificacion devoluciones por pagador y motivo para respectiva gestion de respuesta                                                                                 |
| 4. Construir conforme a los soportes clinicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.                                                                                                                                                                             | 4. Construí conforme a los soportes clínicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.                                                                           | 4. Se entrega respuesta de devoluciones, oficio, matriz para respectiva radicación                                                                                                |
| 5. Realizar la radicación de la respuesta de la devoluciones en las diferentes entidades.                                                                                                                                                                                                                                                 | 5. Se Realiza la radicación de la respuesta de la devoluciones a la fecha por valor de \$899.402.466 en las siguientes entidades Aseguradoras, ADRES.                                                                                  | "5. Se entrega radicación de la respuesta de la devoluciones a la fecha por valor de \$509.420.282 en las siguientes entidades Aseguradoras, ADRES y eps                          |
| 6. Generar el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.                                                                                                                                                                                      | 6. Genere el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.                                                                                    | 6.Se entrega informe mensual según estandar de la subred                                                                                                                          |
| 7. Realizar informe y consolidar la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.                                                                                                                         | 7. Realice informe y consolide la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.                        | 7.Se entrega consolidado de informacion en respectiva base de datos                                                                                                               |
| 8. Analizar e informar los indicadores de la facturacion radicada y devuelta y la relación de la devolución recibidas vs devoluciones contestadas.                                                                                                                                                                                        | 8.Se genera e informa devoluciones recibidas vs devoluciones respondidas                                                                                                                                                               | 8.Se entrega informe de devoluciones recibidas y respondidas durante el mes                                                                                                       |
| 9. Realizar el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.                                                                                                                                                                                                         | 9. Realice el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.                                                                                                       | 9.se informo las dificultades en el proceso de respuesta de devoluciones y sus posibles soluciones                                                                                |
| 10.Apoyar al servicio asignado en la solución de objeciones diariamente y diligenciar oportunamente la respuesta a las devoluciones.                                                                                                                                                                                                      | 10.Apoye al servicio asignado en la solución de objeciones diariamente y diligencie oportunamente la respuesta a las devoluciones.                                                                                                     | 10.Se entrega respuesta de devoluciones con respectivo radicado ante la entidad                                                                                                   |
| 11.Programar y asistir a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones.                                                                                                                                                                                                                      | 11.Programe y asisti a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones y Con el area de cartera                                                                                             | 11.Se realiza entrega de Actas de trabajo y/o conciliaciones y respectivos planes de trabajo para una produccion de \$509.420.282en las siguientes entidades Aseguradoras, ADRES. |
| 12. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros). | 12. realice las capacitaciones requeridas con los motivos de devolución.                                                                                                                                                               | 12.Se socializa los mayores motivos de devolucion recibidos por periodo con el fin de realizar planes de contingencia y mitigar devoluciones por dichos motivos                   |
| 13 Gestionar ante los entes de control si es necesario su intervención para mitigar las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos                                                                                                                                                                                         | 13,Se realiza clasificacion de documentacion requerida para presentar solicitud ante a los entes de control.                                                                                                                           | 13.Se entrega clasificación de documentación                                                                                                                                      |
| 14.Realizar mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera                                                                                                                                                                                                                                | 14.Realice mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera                                                                                                                              | 14. Se realizo la entrega de informacion requerida de las respuestas de las facturas trabajadas                                                                                   |
| 15. Realizar la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.                                                                                                                                                                                                                                   | 15. Realice la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.                                                                                                                                 | 15. Se realizan respectivos oficios soportados por pagador para presentacion de reclamacion a Supersalud.                                                                         |
| 16. Realizar plan de trabajo y evaluar su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.                                                                                                                                                                            | 16. Realice plan de trabajo y evalúe su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.                                                                           | 16. Contestacion oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17. Elaborar las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.                                                                                                                                                                                                                      | 17. Elabore las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.                                                                                                                                                                                                                      | 17. Se realizan comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. Y se informa a jefe de Area dicha situación.                                                                                                                                          |
| 18. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo. | 18. Realice la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo. | 18. Presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo. |
| 19. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en la Subred en el área financiera.                                                                                                                                                                                                         | 19. Realice las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                  | 19. Se trabajo levantamiento del inventario físico del area.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de acciones realizadas para dar respuesta oportuna de las devoluciones de toda la subred, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.                                                                         | 20.En el mes se cumplio lo programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20.Cumplimiento de la programación durante el mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 21. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                           | 21. Mantuve una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                           | 21. Mitigue las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p style="text-align: center;"><b>MAURICIO ANTONIO JIMENEZ CASTELBLANCO</b><br/>79329918<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES**

**C.C 1.032.368.478 DE BOGOTA**

La suma de Dos Millones Seiscientos Cuarenta y Seis Mil Novecientos Setenta y Un pesos m/cte.(\$2.646.971.00), por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área Financiera dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional como Apoyo Tecnológico Administrativo I durante el periodo de 1 al 30 de noviembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4300-2023.



**CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES**  
**C.C. 1.032.368.478 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 4870449792**

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SI

No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                           | Nombre del archivo                        | Cargado por |                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Documento Marzo Cto 4300-2023.pdf         | Documento Marzo Cto 4300-2023.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Documento Abril Cto 4300-2023.pdf         | Documento Abril Cto 4300-2023.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Documento Mayo Cto 4300-2023.pdf          | Documento Mayo Cto 4300-2023.pdf          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Documentos Junio cto 4300-2023.pdf        | Documentos Junio cto 4300-2023.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | documentos julio cto 4300-2023.pdf        | documentos julio cto 4300-2023.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Documentos Agosto cto 4300-2023.pdf       | Documentos Agosto cto 4300-2023.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Documentos septiembre cto 4300-2023.pdf   | Documentos septiembre cto 4300-2023.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTOS CTO 4300-2023 OCTUBRE 2023.pdf | DOCUMENTOS CTO 4300-2023 OCTUBRE 2023.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

| RADICADO O<br>NUMERO DE<br>ACTA | ENTIDAD                 | No.<br>Facturas | VALOR          | RESPONSABLE      | ESTADO   | OBSERVACION | GLOSA/<br>DEVOLUCIÓN |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------|-------------|----------------------|
| 53                              | SURA SOAT               | 3               | 399666         | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| SSO-2023419106                  | SEGUROS DEL ESTADO SOAT | 18              | 54928756       | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| 42                              | PREVISORA               | 6               | 27637232       | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| O-2023419106515                 | MUNDIAL                 | 44              | 6079487        | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| SSO-2023419106                  | EQUIDAD SOAT            | 7               | 2254889        | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| SSO-2023419106                  | EQUIDAD ARL             | 1               | 73400          | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| SSO-2023419106                  | COOSALUD                | 25              | 272749687      | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | COMPENSAR               | 122             | \$ 88,251,066  | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| SSO-                            | COMPENSAR               | 191             | 13,066,010     | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| O-2023419106494                 | AXA COLPATRIA           | 9               | 4,781,640      | CATHERIN SANCHEZ | RADICADO |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | MUNDIAL                 | 6               | 2,025,923      | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
| O-2023419106492                 | SURA SOAT               | 3               | 297,600        | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | SEG ESTADO SOAT         | 40              | 35,247,088     | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | SOLIDARIA               | 2               | 455,766        | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | POSITIVA                | 8               | 423,309        | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 | SEG DE VIDA DEL ESTADO  | 10              | \$ 748,763     | CATHERIN SANCHEZ | PTE      |             | GLOSA/ DEVOLUCIÓN    |
|                                 |                         |                 |                |                  |          |             |                      |
|                                 |                         |                 |                |                  |          |             |                      |
|                                 | TOTAL                   | 495             | \$ 509,420,282 |                  |          |             |                      |

**Fecha creación reporte:** 2023-11-19, 05:54:05 PM

**Tipo Planilla:**

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Numéro Planilla:**

1058134638

**Periodo Cotización:**

octubre de 2023

**Periodo Servicio:**

octubre de 2023

**PAGADO 09/11/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                  |                           |                     |
|----------------------------|------------------|---------------------------|---------------------|
| <b>Razón Social</b>        | CATHERIN SANCHEZ |                           |                     |
| <b>Documento</b>           | CC1032368478     | <b>Dirección</b>          | CL 48B SUR #27 - 35 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE    | <b>Teléfono</b>           | 3112276802          |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL          | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO               |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.      | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.         |
| <b>Representante Legal</b> |                  | <b>Identificación</b>     |                     |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                | <b>ARP</b>                | ARL SURA            |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                            |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |          | Riesgos            |              |                | Cajas                  |              |              | Parafiscales |              |                |                | Total        |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres        | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TOP | TAP | VSP | VSP | VST | SLN | IGE | UMA | VAC | AVP | VCT | IRP       | Dias ARP | Dias ARP | Dias ARP | Dias ARP | Dias CCF | Administradora     | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora         | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1032368478      | CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 0        | 30       | 30       | 30       | (Z31001) COLFONDOS | \$ 1.160.000 | \$ 185.600     | (EPS017) FAMILANAR EPS | \$ 1.160.000 | \$ 145.000   | 2.436        | \$ 1.160.000 | \$ 28.300      | (CCF21) CAFAM  | \$ 1.160.000 | \$ 7.000    | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 365.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 185.600      | \$ 145.000    | \$ 28.300       | \$ 7.000      | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 365.900                     | \$ 0                    | \$ 365.900  |