| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | **ADRES-CPS-116-2024** | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | Karen Alejandra Parrado Triana | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | Karen Lorena González Lobo | **Teléfono / Extensión** | 4322760 Ext: 1037 |
| **Dependencia** | Oficina Asesora Jurídica | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales para ejercer la representación, en la etapa prejudicial, de los procesos en que sea parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o contra el entonces FOSYGA. | | |
| **Fecha de Inicio** | 23/01/2024 | **Fecha de Terminación** | 31/08/2024 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 1/02/2024 | **Hasta** | 29/02/2024 |
| **Adición y/o Prórroga** | N/A | | | |
| **Suspensión** | N/A | | | |
| **Cesión** | N/A | | | |

**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ejercer la representación extrajudicial de la ADRES dentro de los términos legales, para lo cual deberá garantizar la elaboración de fichas sobre los asuntos asignados en reparto dentro de los quince (15) días hábiles a su designación; todo ello conforme al poder que se le sea conferido. | Para el presente periodo se elaboraron 3 fichas, correspondientes a los ORFEO:<br>1. 20246304226052<br>2. 20246304263672<br>3. 20246304291962<br>4. 20246304429102<br>5. 20246304504182<br>6. 20246304579342 | *Link de acceso:* OBLIGACIÓN 01 | *N/A* |
| 2 | | | | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Analizar y elaborar las fichas de repetición correspondientes a los procesos judiciales que sean remitidos por el Grupo de representación judicial para el estudio ante el Comité de Conciliación dentro del mes siguiente a su asignación. | Para el presente periodo se elaboró y remitió a revisión la ficha de acción de repetición del radicado 68001333301120220013900 | Link de acceso: OBLIGACIÓN 02 | |
| 3 | Elaborar las fichas de Acuerdo de Punto Final – APF que puedan ser susceptibles de contratos de transacción o no, dentro del término dispuesto por la supervisión y la jefatura. | Se elaboraron las fichas de APF a presentar en el Comité de Conciliación, sesión 162 correspondientes a la EPS Coomeva | Disponible en: OBLIGACIÓN 03 | N/A |
| 4 | Radicar los poderes de las diligencias prejudiciales ante el Ministerio Público, Superintendencia o centro de conciliación con mínimo cinco (5) días hábiles de antelación, salvo que la citación se haya efectuado sobre el tiempo, evento en el cual debe reposar la prueba de ello. | Para el mes de febrero radiqué seis (06) poderes ante la Procuraduría para Asuntos Administrativos y la Superintendencia Nacional de Salud para los ORFEO:<br>1. 20236303880612<br>2. 20236303967182<br>3. 20246304291962<br>4. 20246304226052<br>5. 20246304263672<br>6. 20236304058822 | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 04 y 06 | N/A |
| 5 | Interponer en oportunidad los recursos necesarios, tras validar que se admite una conciliación en la cual exista falta de competencia territorial u otra causal que permita el saneamiento del asunto a su cargo. | Para el presente periodo en que se presenta la cuenta, no se ha requerido esta actividad. | *N/A* | N/A |
| 6 | Presentar en el término establecido las certificaciones de Comité de Conciliación, solicitudes de aplazamiento y justificación de inasistencia ante el ministerio | Para el presente periodo se remitieron cinco (05) certificaciones del Comité de conciliación proferidas por el Secretario Técnico. Dichas | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 04 y 06 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Publico o Superintendencia Nacional de Salud según corresponda. | frente a la decisión tomada respecto de los ORFEO:<br>1. 20236303880612<br>2. 20236303967182<br>3. 20246304291962<br>4. 20246304226052<br>5. 20246304263672<br>Adicionalmente se solicitó el aplazamiento de audiencia del ORFEO 20236304058822. | | |
| 7 | Revisar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al reparto directo de fichas judiciales, el cumplimiento de los requisitos y soportes, en aras de determinar la viabilidad de realización de la ficha o adelantar la devolución correspondiente al apoderado de representación judicial. | En este periodo no se desarrollaron actividades relativas a esta obligación. | *N/A* | N/A |
| 8 | Diligenciar en la base de reparto dispuesta por la supervisión, la actuación adelantada en cada caso indicando la fecha de la respectiva de gestión. | Diligencié las actuaciones correspondientes a las gestiones asignadas, siendo estas en los casos prejudiciales:<br>as de archivo Excel “repartos rejudiciales” la columna **D** ara indicar la fecha que se olicitó el insumo; la columna **E** ara indicar la fecha en que me ueron allegados los insumos; a columna **H** para indicar el día n que se envió la ficha a la upervisora para su revisión; la olumna **U** donde se especificó l detalle de cada actuación; la olumna **X** donde se clasificó ada caso asignado; las olumnas **AS** y **AT** donde se specifica los ID de creación de | *Se dispone archivos Excel con enlace de acceso:* BASEACTUALIZADA 6 OCT 2023 (2) (1).xlsx<br><br>BASE ACTUALIZADA LISTADO DE AUDIENCIAS (1).xlsx | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | aso y la ficha elaborada en Kogui.<br>a de archivo Excel "listado de udiencias" la columna **J** se elacionó el detalle de la ctuación. | | |
| 9 | Proyectar las respuestas a las peticiones de autoridades administrativas y/o personas naturales o jurídicas, autos de pruebas o recursos ante Colpensiones y reclamaciones relacionadas con los temas de competencia de la ADRES, siempre y cuando estas no sean competencia de otro grupo o no pertenezcan a un proceso judicial notificado y asignado a un apoderado de la entidad. | Para el presente periodo se otorgó respuesta al radicado ORFEO 20246304440402.<br><br>A su vez se remitió información al grupo judicial frente a la solicitud de validación de los expedientes judiciales:<br><br>1. 11001334104520230036300<br>2. 47001333300220230040800 | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 09 | N/A |
| 10 | Exponer en el marco del Comité de Conciliación o pre-comité, las fichas de conciliación en las que se observe el análisis jurídico, para los procesos judiciales, solicitudes de conciliación, fichas de repetición y APF que requieran el pronunciamiento de esta instancia, de conformidad con el reglamento interno. | Para el presente periodo contractual no se desarrollaron actividades relacionadas a esta obligación. | *N/A* | N/A |
| 11 | Verificar, atender y garantizar la asistencia a las audiencias de conciliación prejudicial que se notifiquen a la ADRES por parte de la Procuraduría General de la Nación, centros de arbitraje y conciliación, la Superintendencia nacional de Salud y/o la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. | Para el presente periodo se representó a la Entidad en los siguientes casos:<br><br>1. 20246304063612<br>2. 20236303880612<br>3. 20236303967182 | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 11 | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12 | Actualizar, mantener y custodiar los expedientes digitales sobre las conciliaciones que se tiene a cargo, donde deben reposar todas las actuaciones surtidas, desde la asignación, solicitud de pruebas, respuesta, elaboración de ficha, una carpeta de correcciones y hasta la culminación en ekogui, certificaciones de secretaría técnica y acta de audiencia). Para tal efecto se debe remitir con el informe de gestión el enlace contentivo de la ubicación de los expedientes. | En el presente mes me fueron asignadas cuatro (04) solicitudes de conciliación prejudiciales, de las cuales se realizó el respectivo cargue identificándolas por número de todos los anexos respectivos, de los ORFEOS:<br>1. 20246304429102<br>2. 20246304504182<br>3. 20246304579342<br>4. 20246304762552 | *Se dispone en SharePoint las carpetas creadas, con enlace de acceso:* OBLIGACIÓN 12 | N/A |
| 13 | Entregar una base de datos contentiva de las conciliaciones asignadas mensualmente, donde se identifique cuáles han tenido audiencia, cuáles tienen audiencia programada y su fecha, cuáles no fueron convocados en el mes y cuáles superan los 5 meses o el término que legalmente se disponga para considerar que esta fue fallida y es susceptible de cierre. | Se entregó una base de datos contentiva de las conciliaciones asignadas mensualmente. | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 13 | N/A |
| 14 | Apoyar en la elaboración de recursos de reposición y en subsidio de apelación contra aquellos actos administrativos que generen órdenes a la ADRES y cuyo agotamiento sea necesario para acudir a la vía judicial. | Para el presente periodo no se asignaron a la contratista actividades relacionadas a esta obligación. | *N/A* | N/A |
| 15 | Tramitar y cerrar los ORFEOS asignados dentro del término establecido. | Se tramitaron la totalidad de los ORFEO que me han sido asignados a la fecha | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 15 | N/A |
| 16 | Registrar y actualizar de manera oportuna en el Sistema Único de Gestión e Información de la | Se cargó en el aplicativo eKOGUI la ficha | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 16 | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Actividad Litigiosa del Estado-eKogui, las conciliaciones y trámites arbitrales a su cargo, y demás obligaciones establecidas en el Decreto 1069 de 2015 o norma que lo derogue, modifique o sustituya. | correspondiente al ORFEO 20246304263672 | | |
| 17 | Asistir a las convocatorias de reuniones que realice el supervisor del contrato y todas aquellas en las que se requiera de su presencia en la entidad. | Durante el periodo objeto de este informe se asistió:<br><br>El 14 de febrero de 2024 se asistió a la capacitación de CAMERFIRMA.<br><br>El 23 de febrero de 2024 se asistió a la capacitación de Terapias ABA.<br><br>A la Entidad los días asignados. | *Disponible en:* OBLIGACIÓN 17 | N/A |
| 18 | Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del presente contrato. | No se realizaron actividades adicionales a las anteriormente descritas. | *N/A* | N/A |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



**Karen Alejandra Parrado Triana**
**Fecha:** 1/03/2024

## BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| COP $ 66.300.368 | COP $ 2.210.012 | COP $ 8.287.546 | COP 0 | COP $ 55.802.810 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 8.287.546)

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**
Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 9463562118 | $414,400 | 1/02/2024 | 29/02/2024 | 27/02/2024 |
| **Pensión** | 9463562118 | $530,500 | 1/02/2024 | 29/02/2024 | 27/02/2024 |
| **ARL** | 9463562118 | $17,400 | 1/02/2024 | 29/02/2024 | 27/02/2024 |

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

**INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información |
| **ANEXOS** | 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. |

| | |
|---|---|
| | 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020<br>5. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

Karen Gonzalez

**KAREN LORENA GONZÁLEZ LOBO**
Supervisora del contrato

**En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.**

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 1/03/2024

**CIUDAD:** Bogotá D.C.

**FECHA:** 1/03/2024

**CUENTA DE COBRO**

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

**ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT:** ADMINISTRADORA DE LOS RESCURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

**DEBE A:**

**NOMBRE:** KAREN ALEJANDRA PARRADO TRIANA

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.010.229.705

**CONTRATO No.:** 116 de 2024

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales para ejercer la representación, en la etapa prejudicial, de los procesos en que sea parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o contra el entonces FOSYGA.

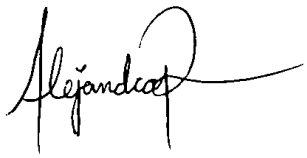
**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 01 DE FEBRERO DE 2024 **HASTA:** 29 DE FEBRERO DE 2024

**LA SUMA DE:** OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 8.287.546)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Diagonal 11 No. 14b-14 Torre 4, Apto. 301

**TELÉFONO:** 3213348958



**FIRMA**
**C.C. No. 1.010.229.705**

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2024**

Bogotá D.C., 01 de marzo de 2024

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Karen Alejandra Parrado Triana | 1.010.229.705 |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-116-2024
Fecha de Inicio: 23 de enero de 2024 Fecha de Terminación: 31 de agosto de 2024
Valor total del Contrato: $66.300.368 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $8.287.546

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | CALIDAD DEPENDIENTE (*) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2024**

c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ ), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($ ), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

**Nota:** Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

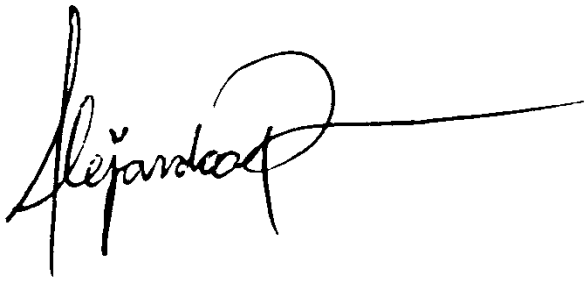
_____

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2024**

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,



**KAREN ALEJANDRA PARRADO TRIANA**
Cédula de ciudadanía No. 1.010.229.705 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/03/2024

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1010229705 | | PARRADO TRIANA KAREN ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Diagonal 11 # 14b-14 | FACATATIVA-CUNDINAMARCA | 3013714864 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 478062481 | 9463562118 | I | 2024/03/04 | 2024/02/27 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $962,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,315,200 | $530,500 | | | $3,315,200 | $414,400 | | | $0 | $0 | | | $3,315,200 | | $17,400 | | $0 | $0 | | $962,300 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,315,200 | $530,500 | | | $3,315,200 | $414,400 | | | $0 | $0 | | | $3,315,200 | | $17,400 | | $0 | $0 | | $962,300 |
| Ciudad: FACATATIVA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,315,200 | $530,500 | | | $3,315,200 | $414,400 | | | $0 | $0 | | | $3,315,200 | | $17,400 | | $0 | $0 | | $962,300 |
| 1 | CC | 1010229705 PARRADO KAREN | | | | | | | | X | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $3,315,200 | $530,500 | EPS017 | 30 | $3,315,200 | $414,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $3,315,200 | 0.522% | $17,400 | 0 | $0 | $0 | No | $962,300 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $3,315,200 | $530,500 | | | $3,315,200 | $414,400 | | | $0 | $0 | | | $3,315,200 | | $17,400 | | $0 | $0 | | $962,300 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1010229705 | | PARRADO TRIANA KAREN ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Diagonal 11 # 14b-14 | FACATATIVA-CUNDINAMARCA | 3013714864 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 478062481 | 9463562118 | I | 2024/03/04 | 2024/02/27 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $962,300 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $530,500 | $0 | $0 | $530,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $530,500 | $0 | $0 | $530,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $17,400 | $0 | $0 | $17,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $17,400 | $0 | $0 | $17,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $414,400 | $0 | $0 | $414,400 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $414,400 | $0 | $0 | $414,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$962,300** | **$0** | **$0** | **$962,300** |