Contrato No.	ADRES-CPS-123-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	KEVIN MONTAÑO VILLA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	KAREN LORENA GONZÁLEZ LOBO	**Teléfono / Extensión**	432 27 60 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	No			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Ejercer la representación de la ADRES en la etapa prejudicial, analizar y elaborar las fichas correspondientes a las solicitudes de Conciliación, dentro de los quince (15) días hábiles a su designación, tenga o no insumos conforme al procedimiento de Conciliación y al marco normativo..	Durante el periodo objeto del presente informe se elaboraron y enviaron para revisión las siguientes fichas de conciliación: -ORFEO 20246304266752 -ORFEO 20246304206612 -ORFEO 20246304296032 -ORFEO 20246304478462 -ORFEO 20246304394732 -ORFEO 20246304611562	Se adjuntan archivos Word nombrados 1. Evidencia_1 Orfeo 20246304266752 2. Evidencia_1 Orfeo 20246304206612 Igualmente adjunto los correo electrónicos a través de los cuales se realizó el envío para la revisión. "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304266752"* del 01/02/2024; "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304206612"* del 13/02/2024; *REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304296032"* del	N/A

			19/02/2024; "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304478462"* del 20/02/2024; *REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304394732"* del 20/02/2024 y "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246304611562"* del 26/02/2024	
2	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.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma	N/A	N/A
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.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma.	N/A	N/A
4	Radicar los poderes de las diligencias prejudiciales ante el Ministerio Público, Superintendencia o centro de conciliación con mínimo seis (6) días hábiles de antelación, salvo que la citación se haya efectuado sobre el tiempo, evento en el cual debe reposar la prueba de ello.	Durante el periodo objeto del presente informe radiqué los poderes de las siguientes diligencias prejudiciales: -ORFEO 20246304144082 -ORFEO 20236304058902 -ORFEO 20236302770812 -ORFEO 20236304059122	Adjunto correos electrónicos con asunto*:* "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE NUEVA EPS N.º E- 2024-012723 DEL 9 DE ENERO DE 2024"* del 05/02/2024; "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE SALUD TOTAL N.º E- 2024- 007283 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2023"* del 12/02/2024; "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE SANITAS N.º E-2023- 028660 DEL 17 DE ENERO DE 2024"* del 19/02/2024 y "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE SALUD TOTAL N.º E-2024-007256 DEL 17 DE ENERO 2024"* del 19/02/2024;.	N/A
5	Interponer en oportunidad los recursos necesarios, tras	Durante el periodo objeto del presente informe no se	N/A	N/A

	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.	desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma.		
6	Presentar en el término establecido las certificaciones de Comité de Conciliación, solicitudes de aplazamiento y justificación de inasistencia ante el ministerio Publico o Superintendencia Nacional de Salud según corresponda.	Como se indicó en la obligación 4 del presente informe, durante este periodo radiqué 4 poder correspondiente a una diligencia prejudicial, por lo que consecuentemente se aportó la respectiva certificación del Comité de Conciliación: -ORFEO 20246304144082 -ORFEO 20236304058902 -ORFEO 20236302770812 -ORFEO 20236304059122	Se adjuntan archivo PDF nombrado 1. Evidencia_6 Orfeo 20246304144082 2. Evidencia_6 Orfeo 20236304058902 3. Evidencia_6 Orfeo 20236302770812 4. Evidencia_6 Orfeo 20236304059122	N/A
7	Revisar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la asignación de ficha judicial, que el expediente se encuentre completo, con las piezas necesarias para efectuar el análisis y elaborar la ficha correspondiente. Lo anterior en los términos establecidos en el procedimiento de Conciliación.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma	N/A	N/A
8	Diligenciar de manera completa en la base de reparto dispuesta por la supervisión, la actuación adelantada en cada caso indicando la fecha respectiva de gestión.	Durante el periodo objeto del presente informe se actualizó de forma inmediata y permanente la base de reparto, conforme a las gestiones o actividades realizadas. -ORFEO 20246304266752 -ORFEO 20246304206612	La base de reparto se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://eadres.sharepoint.com/:x:/r/sites/GRUPOPREJUDICIAL/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B9CFA1183-7603-44A7-B061-A7F2C74F5FE2%7D&file=BASEACTUALIZADA	N/A

		-ORFEO 20246304296032 -ORFEO 20246304478462 -ORFEO 20246304394732 -ORFEO 20246304611562	%206%20OCT%202023%20(2)%20(1).xlsx&action=default&mobileredirect=true&DefaultItemOpen=1&login_hint=Magdiela.DelaCarrera%40adres.gov.co&ct=1708975008204&wdOrigin=OFFICECOM-WEB.START.REC&cid=fe104b71-a8db-48f7-a871-e98583be9e39&wdPreviousSessionSrc=HarmonyWeb&wdPreviousSession=416364d4-966a-45f9-86d3-6f174c8ce30a	
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.	Durante el periodo objeto del presente informe se proyectaron las respuestas a las peticiones de autoridades administrativas y/o personas naturales o jurídicas: -ORFEO 11001310502220230047800 -ORFEO 73001310500520210004100 -ORFEO 11001333704420230027900	Se adjuntan archivos PDF nombrados 1.Evidencia_9 ORFEO 11001310502220230047800 2. Evidencia_9 ORFEO 73001310500520210004100 3. Evidencia_9 ORFEO 11001333704420230027900	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.	Durante el periodo objeto del presente informe se expusieron en el marco del Pre-comité y del Comité las siguientes fichas de APF: -ALIANSALUD EPS (Sin conflicto de competencia) -ALIANSALUD EPS (Con conflicto de competencia) -CAFESALUD EPS (Sin conflicto de competencia)	Se adjuntan los siguientes archivos: 1.Evidencia_10 ALIANSALUD EPS sin conflicto de competencia 2.Evidencia_10 ALIANSALUD EPS con conflicto de competencia 3.Evidencia_10 CAFSALUD EPS sin conflicto de competencia	N/A

		-CAFESALUD EPS (Con conflicto de competencia)	4.Evidencia_10 CAFESALUD EPS con conflicto de competencia	
11	Verificar, atender y garantizar la asistencia a las audiencias de conciliación prejudicial que se notifiquen a la ADRES por parte de la Procuraduría Generalde la Nación, centros de arbitraje y conciliación, la Superintendencia nacional de Salud y/o la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.	Durante el periodo objeto de informe, se atendió y garantizó la asistencia a las siguientes audiencias: -ORFEO 202463041440822– 12 de febrero de 2024 a las 09:00 a. m. -ORFEO 20236304058902 – 19 de febrero de 2024 a las 12:00 m. -ORFEO 20236302770812 – 26 de febrero de 2024 a las 02:00 p. m. -ORFEO 20236304059122 – 26 de febrero de 2024 a las 02:30 p. m.	Se adjuntan archivos PDF nombrados 1.Evidencia_11 ORFEO 202463041440822 2.Evidencia_11 ORFEO 20236304058902 3.Evidencia_11 ORFEO 20236302770812 4.Evidencia_11 ORFEO 20236304059122	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 como su terminación, 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.	Considerando que como indiqué en la obligación 1 he proyectado 6 fichas, para cada una de ellas cargué en carpeta individual cada asignación, nombradas con el número de Orfeo correspondiente. -ORFEO 20246304266752 -ORFEO 20246304206612 -ORFEO 20246304296032 -ORFEO 20246304478462 -ORFEO 20246304394732 -ORFEO 20246304611562	Se dispone en SharePoint las carpetas creadas, con enlace de acceso: https://eadres.sharepoint.com/sites/GRUPOPREJUDICIAL/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGRUPOPREJUDICIAL%2FDocumentos%20compartidos%2FGESTI%C3%93N%20PRE%20JUDICIAL%2FKEVIN%20MONTA%C3%91O%20VILLA%2FFICHAS%20PREJUDICIALES&viewid=2f5c2adb%2Dfb33%2D47d9%2D8d5e%2D6ef5aae6f58f	N/A
13	Entregar una base de datos contentiva de las conciliaciones asignadas mensualmente, donde se identifique cuáles han tenido	Para el mes de febrero, tengo asignados 4 casos prejudiciales de los cuales en archivo Excel se relaciona el detalle y trazabilidad de cada	Se adjunta archivo Excel nombrado: “Obligación_13 seguimiento asignaciones febrero”	N/A

	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.	uno, que resumidamente se discriminan así: • Día de audiencia • Observaciones • Resultado de la audiencia		
14	Apoyar la elaboración de recursos de reposición y en subsidio de apelación contra aquellos administrativos que generen órdenes a la ADRES y cuyo agotamiento sea necesario para acudir a la vía judicial.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma.	N/A	N/A
15	Tramitar y cerrar los orfeos asignados dentro del término establecido.	Para el mes de febrero, se tramitaron respectivamente los Orfeos asignados.	N/A 1.Evidencia_15 ORFEO	N/A
16	Registrar y actualizar de manera oportuna en el Sistema Único de Gestión e Información de la Actividad Litigiosa del Estado- Ekogui, las conciliaciones, audiencias y trámites arbitrales a su cargo, y demás obligaciones establecidas en el Decreto 1069 de 2015 o norma que lo derogue, modifique o sustituya.	Durante el periodo objeto del presente informe se registró la siguiente conciliación en el Sistema Único de Gestión e Información de la Actividad Litigiosa del Estado- eKogui: ORFEO 20246304266752	Se adjuntan archivos en PDF nombrados Evidencia_16 ORFEO 20246304266752	N/A
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 del presente informe se asistió a la siguiente reunión convocada por la supervisora del contrato: - Capacitación Firma Digital. 14 de febrero de 2024 de 02:15 p. m. a 03:30 p. m - Capacitación Terapias ABA. 23 de febrero de	Se adjunta archivo PNG nombrado: 1.Evidencia_17 Capacitación Firma Digital 2.Evidencia_17 Capacitación Terapias ABA	N/A

		2024 de 10:00 a. m. a 11:00 a. m.		
18	Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del presente contrato.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/03/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$66.300.368	$0	$8.287.546	$0	$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	75055569	$414.400	1/02/2024	29/02/2024	27/02/2024
Pensión	75055569	$530.500	1/02/2024	29/02/2024	27/02/2024
ARL	75055569	$17.400	2/02/2024	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: -

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	N/A
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. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. 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 5. En caso de primer pago debe aportar: 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

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

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

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

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: KEVIN MONTAÑO VILLA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.018.467.124

CONTRATO No.: 123 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: CALLE 7 N.° 90-64 TORRE 1 APARTAMENTO 302

TELÉFONO: 3114408055



FIRMA
C.C. No. 1.018.467.124

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
KEVIN MONTAÑO VILLA	1.018.467.124 de Bogotá D.C.

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-123-2024
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 en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

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

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 _____ identificado (a) con la C.C. No. _____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 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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.

_____

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

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

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,



Firma:
Kevin Montaño Villa
Cédula de ciudadanía No. 1.018.467.124 de Bogotá D.C.
Bogotá D.C., 01 de marzo de 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018467124	KEVIN MONTAÑO VILLA	Calle 7 # 90 - 64	8062487	kevinmontanovilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	27/02/2024	75055569	$962.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	414.400	0		0		0	0	0	0	414.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	530.500	0	0	0	0	0	0		530.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	17.400				17.400	0	0	17.400			174	17.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	414.400	414.400
Pensión	1	530.500	530.500
Riesgos Laborales	1	17.400	17.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	962.300	962.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018467124	KEVIN MONTAÑO VILLA		Calle 7 # 90 - 64	8062487	kevinmontanovilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	27/02/2024	75055569	$962.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018467124	MONTAÑO VILLA KEVIN	59	0			N																	25-14	3.315.018	530.500	0	0	0	0	EPS005	3.315.018	414.400	14-7	3.315.018	1	17.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información