Contrato No.	ADRES-CPS-124-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	IBETH JOHANA ESCOBAR RUA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	KAREN LORENA GONZALEZ LOBO	**Teléfono / Extensión**	432 27 60 Ext. 1020
Dependencia	OFICINA ASESORA JURIDICA		
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**	1/03/2024	**Hasta**	31/03/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

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 de informe, se hizo representación extrajudicial reflejada en el análisis y proyección de fichas para los siguientes casos: 20246304942702 Prejudicial 20246304560732 Prejudicial 20246304678022 Prejudicial	Se allegan las fichas, las cuales pueden ser objeto de consulta en: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7bITZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	N/A
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.	Se elaboró la siguiente ficha de repetición: • **UGPP RDC-2023-306**	Se allegan las fichas, las cuales pueden ser objeto de consulta en: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7bITZK7WEU-	N/A

			JDdXok5Ew?e=MmYVSK	
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.	Para el período objeto del presente informe no se asignaron fichas de APF, por tanto, no hubo lugar a desarrollar la presente función.	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.	Se allegaron los diferentes poderes a los respectivos centros de conciliación. Procuraduría y Superintendencia, respectos de los siguientes ORFEOS: • 20246304224822 convocante HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS • 20246304942702 convocante AURA MARIA MARQUEZ PEREZ	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7bITZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	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 período objeto del informe no se requirió desarrollar esta función.	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 Publico o Superintendencia Nacional de Salud según corresponda.	Se allego solicitud de aplazamiento respecto del ORFEO 20246304224822	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7bITZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	
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.	Como quiera que para el periodo objeto del presente informe no se adjudicaron procesos judiciales para elaboración de ficha, no hubo lugar a desarrollar la presente función.	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.	Se mantuvo la base de reparto actualizada conforme a cada actuación realizada.	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:x:/s/GRUPOPREJUDICIAL/EYMR-	N/A

			pwDdqdEsGGn8sdPX-IBVXV8OpTnMDQWatggPHvElw?e=MoaNmg	
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.	Se realizo el siguiente traslado por competencia: • 20246304997482	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7blTZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	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.	Como quiera que para el periodo objeto de informe no hubo sesiones de comité presenciales, no hubo lugar a desarrollar esta función.	N/A	N/A
11	Verificar, atender y garantizar la asistencia a las audiencias de conciliación prejudicial que se alleguen 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.	Se asistió a audiencia de conciliacion virtual el **13 de marzo**, ante el Centro de Conciliacion, Arbitraje y Amigable de Composicion Fundación Liborio Mejía, ORFEO 20246304942702 Convocante AURA MARIA MARQUEZ PEREZ Se asistió a audiencia de conciliacion virtual el **19 de marzo**, ante la Procuraduria 11 Judicial II Para Asuntos Administrativos, ORFEO 20246304224822 convocante HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS.	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7blTZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	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	Se actualizan los diferentes expedientes digitales con cada una de las actuaciones realizadas.	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7blTZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	N/A

	audiencia. Para tal efecto se debe remitir con el informe de gestión el enlace contentivo de la ubicación de los expedientes.			
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 adjunta la base correspondiente con las conciliaciones asignadas en el mes de marzo.	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:x:/s/GRUPOPREJUDICIAL/EZaP6rK-cF1HuIx0UsGq-ZEBmlL1WgJghi7_s4KjNOjwXw?e=QJLlnj	N/A
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..	Para el período objeto de informe no se asignaron recursos de Colpensiones, por tanto, no hubo lugar a desarrollar esta función.	N/A	N/A
15	Tramitar y cerrar los orfeos asignados dentro del término establecido.	Se tramitaron los ORFEOS en los términos establecidos.	El soporte reposa via correo electrónico	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.	Se realizó la creación de las conciliaciones extrajudiciales en EKOGUI con el respectivo cargue de las fichas de conciliación en el mismo. **ID EKOGUI** / **ID FICHA** 1555752 / 201669 1558238 / 201673	El soporte reposa en el siguiente link: https://eadres.sharepoint.com/:f:/s/GRUPOPREJUDICIAL/ElcR_6UmniREqvQgOs8G3OwBfg7bITZK7WEU-JDdXok5Ew?e=MmYVSK	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.	Se asistió a capacoitacion de EKOGUI Y PROVISION CONTABLE el dia 15 de marzo de 2024.	El soporte reposa en las listas de asistencia.	N/A
18	Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del presente contrato.	Se apoyo en la revisión de las siguientes fichas: • 20246304625132 • 20246304827012 • 20246304418132 • 20246304777132 • 20246304512252 • 20246304611562 • 20246304864642 • 20246304692242 • 20246304594602	El soporte reposa vía correo electrónico	N/A

		• 20246304439452 • 20246304336192 • 20246304837842 • 20246304278432		

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

Ibeth J. Escobar

Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$66.300.368	**$10.497.558**	**$8.287.546**	$0	**$47.515.264**

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	75558636	**414.400**	1/02/2024	29/02/2024	18/03/2024
Pensión	75558636	**530.500**	1/02/2024	29/02/2024	18/03/2024
ARL	75558636	**17.400**	1/02/2024	29/02/2024	18/03/2024

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 existe presunta causal de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración, las cuales se encuentran en curso y bajo la gestión de la Dirección Administrativa y financiera.

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. 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

En constancia, firmo:

Karen Gonzalez

KAREN LORENA GONZALEZ LOBO
Supervisor (es)/Interventor (es)

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., 1/04/2024

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

CIUDAD: Bogotá D.C.

FECHA: 1/04/2024

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: IBETH JOHANA ESCOBAR RUA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☑ **No.** 1.013.585.273

CONTRATO No.: ADRES-CPS-124-2024

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: 1/03/2024 **HASTA:** 31/03/2024

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

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 8 F No. 81 D - 25

TELÉFONO: 3108887429

Ibeth J. Escobar

FIRMA
C.C. No. 1.013.585.273 DE BOGOTA D.C.

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

Bogotá D.C., 01 de abril de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
IBETH JOHANA ESCOBAR RUA	1.013.585.273

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-124-2024
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 _____ 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 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,

Firma Ibeth J. Escobar
IBETH JOHANA ESCOBAR RUA
Cédula de ciudadanía No. 1.013.585.273
Bogotá D.C. 01 de abril 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	1013585273	IBETH JOHANA ESCOBAR RUA	CALLE 8F # 81 D - 25 PI 3	4687261	johiseru@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	18/03/2024	75558636	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013585273	IBETH JOHANA ESCOBAR RUA	CALLE 8F # 81 D - 25 PI 3	4687261	johiseru@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75558636	$962.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	1013585273	ESCOBAR RUA IBETH JOHANA	59	0			N

No.	INFORMACIÓN NOVEDADES															
	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

No.	PENSIÓN							SALUD		
	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	230301	3.315.019	530.500	0	0	0	0	EPS005	3.315.019	414.400

No.	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	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	14-23	3.315.019	1	17.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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