| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | 1/07/2024 | **Hasta** | 31/07/2024 |
| **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:<br><br>-ORFEO 11001333400520230045800<br><br>-ORFEO 11001310501920180048300<br><br>-ORFEO 20246306822912<br><br>-ORFEO 20246306773792<br><br>-ORFEO 11001310502420190014600 | Se adjuntan archivos Word nombrados<br><br>1. Evidencia_1 Orfeo 11001333400520230045800<br>2. Evidencia_1 Orfeo 11001310501920180048300<br>3. Evidencia_1 Orfeo 20246306822912<br>4. Evidencia_1 Orfeo 20246306331292<br>5. Evidencia_1 Orfeo 11001310502420190014600<br><br>Igualmente adjunto los correo electrónicos a través de los cuales se realizó el envío para la revisión.<br>"*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN JUDICIAL 11001333400520230045800"* del 02/07/2024; "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN* | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | *JUDICIAL 11001310501920180048300"* del 11/07/2024; "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246306822912"* del 18/07/2024: "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN 20246306773792"* del 17/07/2024 y "*REVISIÓN FICHA DE CONCILIACIÓN JUDICIAL 11001310502420190014600"* del 30/07/2024. | |
| 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 se realizó la siguiente ficha de APF:<br><br>-Ficha Otrosí Nueva EPS – Quinto universo | Se adjunta archivo Word nombrado:<br><br>1.FICHA OTROSÍ NUEVA EPS | 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:<br><br>-ORFEO 20246305997992<br><br>-ORFEO 20246306331292<br><br>-ORFEO 20246306078682 | Adjunto correos electrónicos con asunto*:* "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE CLÍNICA CENTRAL O.H.L LTDA N.º E- 2024 - 325400 DEL 17 DE MAYO DEL 2024"* del 27/06/2024; "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE SALUD TOTAL EPS N.º E-2024-383139 DEL 113 DE JUNIO DE 2024"* del 17/07/2024; y "*DOCUMENTOS PARA AUDIENCIA DE FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL" N.º IUS E-2024-338681 IUC I-2024-3677037 Interno 064 - 2024"* del 14/06/2024. | 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. | 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 |
| 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. | Durante este periodo se radicaron 3 certificaciones del Comité de Conciliación:<br><br>-ORFEO 20246305997992<br><br>-ORFEO 20246306331292<br><br>-ORFEO 20246306078682 | Se adjuntan archivo PDF nombrado<br><br>1. Evidencia_6 Orfeo 20246305997992<br>2. Evidencia_6 Orfeo 20246306331292<br>3. Evidencia_6 Orfeo 20246306078682 | 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.<br><br>-ORFEO 11001333400520230045800<br><br>-ORFEO 11001310501920180048300<br><br>-ORFEO 20246306822912<br><br>-ORFEO 20246306773792 | La base de reparto se encuentra disponible en el siguiente enlace:<br><br>https://eadres.sharepoint.com/:x:/r/sites/GRUPOPREJUDICIAL/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B9CFA1183-7603-44A7-B061-A7F2C74F5FE2%7D&file=BASEACTUALIZADA%206%20OCT%202023%20(2)%20(1).xlsx&action=default&mobileredirect=true | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | -ORFEO 11001310502420190014600<br><br>-ORFEO 20246305359832<br><br>-ORFEO 20246305893802<br><br>-ORFEO 20246306078682 | | |
| 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:<br><br>-ORFEO 11001310502620190016300<br><br>-ORFEO 11001310502920180009200<br><br>-ORFEO 63001333300120240007400<br><br>-ORFEO 11001334104520210017100<br><br>-ORFEO 25000234100020230040300 | Se adjuntan archivos PDF nombrados<br><br>1.Evidencia_9 ORFEO 11001310502620190016300<br><br>2.Evidencia_9 ORFEO 11001310502920180009200<br><br>3.Evidencia_9 ORFEO 63001333300120240007400<br><br>4.Evidencia_9 ORFEO 11001334104520210017100<br><br>5.Evidencia_9 ORFEO 25000234100020230040300 | 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 no se desarrolló esta obligación por cuanto no han sido asignadas actividades sobre la misma | 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 | Durante el periodo objeto de informe, se atendió y garantizó la asistencia a las siguientes audiencias: | Se adjuntan archivos PDF nombrados<br><br>1.Evidencia_11 ORFEO 20246305997992 | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | y conciliación, la Superintendencia nacional de Salud y/o la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. | -ORFEO 20246305997992– 08 de julio de 2024 a las 10:00 a. m.<br><br>-ORFEO 20246306331292– 24 de julio de 2024 a las 10:30 a. m. | 2.Evidencia_11 ORFEO 20246306331292 | |
| 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 5 fichas, para cada una de ellas cargué en carpeta individual cada asignación, nombradas con el número de Orfeo correspondiente.<br><br>-ORFEO 11001333400520230045800<br><br>-ORFEO 11001310501920180048300<br><br>-ORFEO 20246306822912<br><br>-ORFEO 20246306773792<br><br>-ORFEO 11001310502420190014600 | Se dispone en SharePoint las carpetas creadas, con enlace de acceso:<br><br>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 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. | Para el mes de julio, tengo asignados 3 casos prejudiciales de los cuales en archivo Excel se relaciona el detalle y trazabilidad de cada uno, que resumidamente se discriminan así:<br><br>• Día de audiencia<br>• Observaciones<br>• Resultado de la audiencia | Se adjunta archivo Excel nombrado: “Obligación_13 seguimiento asignaciones junio” | 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 | 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 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | sea necesario para acudir a la vía judicial. | | | |
| 15 | Tramitar y cerrar los orfeos asignados dentro del término establecido. | Para el mes de julio, se tramitaron respectivamente los Orfeos asignados. | Se adjuntan archivos en PNG nombrados<br><br>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:<br><br>-ORFEO 20246306773792<br><br>-ORFEO 20246306822912 | Se adjuntan archivos en PDF nombrados<br><br>1.Evidencia_16 ORFEO 20246306773792<br><br>2.Evidencia_16 ORFEO 20246306822912 | 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:<br><br>-Reunión grupo Prejudicial. 16 de julio de 2024 de 02:15 p. m. a 02:45 p. m.<br><br>-Reunión de la Gestión del Grupo Prejudicial. 29 de julio de 2024 de 09:30 a. m. a 12:00 m. | Se adjunta archivo PNG nombrado:<br><br>1.Evidencia_17 Reunión grupo Prejudicial<br><br>2.Evidencia_17 – Gestión del Grupo Prejudicial | N/A |
| 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: 1/08/2024**

## BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| $66.300.368 | $43.647.742 | $8.287.546 | $0 | $14.365.080 |

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** | 79044306 | $414.400 | 1/07/2024 | 31/07/2024 | 30/07/2024 |
| **Pensión** | 79044306 | $530.500 | 1/07/2024 | 31/07/2024 | 30/07/2024 |
| **ARL** | 79044306 | $17.400 | 1/07/2024 | 31/07/2024 | 30/06/2024 |

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.<br>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:**

GONZALEZ LOBO KAREN LORENA

Firmado digitalmente por GONZALEZ LOBO KAREN LORENA
Fecha: 2024.07.31 09:21:43 -05'00'

**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.,** 1/08/2024

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

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

Bogotá D.C., 01 de agosto 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 agosto de 2024

**CIUDAD:** Bogotá D.C.

**FECHA:** 1/08/2024

**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 JULIO DE 2024 **HASTA:** 31 DE JULIO 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**

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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 30/07/2024 | 79044306 | $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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 30/07/2024 | 79044306 | $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 | Estudiante | 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 | 3.315.019 | 530.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.315.019 | 414.400 | 14-7 | 3.315.019 | 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