| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-263-2024 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | MARY LUZ SIERRA VILLALBA | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | PAOLA ANDREA CESPEDES FORERO | **Teléfono / Extensión** | 311 5918890 |
| **Dependencia** | DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. | | |
| **Fecha de Inicio** | **31/01/2024** | **Fecha de Terminación** | **29/07/2024** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 31/01/2024 | **Hasta** | 29/07/2024 |
| **Adición y/o Prórroga** | N/A | | | |
| **Suspensión** | N/A | | | |
| **Cesión** | N/A | | | |
| **Terminación** | 29/07/2024 | | | |

## INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Valor inicial del Contrato o Convenio | 34.206.396 |
| Valor adiciones | 0 |
| Valor total incluidas las adiciones | 34.206.396 |
| Valor pagado o desembolsado al Contratista. | 28.695.366 |
| Valor Pendiente por pagar al Contratista | 5.511.030 |
| Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista. | 0 |
| Valor a liberar | 0 |
| Valor liberado | 0 |
| Valor total ejecutado | 34.206.396 |

## INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros ( Aseguradora Solidaria de Colombia ) como sigue:

| PÓLIZA No. | AMPAROS | VALORES ASEGURADOS | VIGENCIAS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | *FECHA INICIO* | *FECHA FINAL* |
| 380 47 994000140717 | Cumplimiento Del Contrato | $8.551.599 | 28/01/2024 | 31/01/2025 |

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

| OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S) | TRÁMITE |
|---|---|
| - | - |

## INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

| OBLIGACIÓN | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | CAUSAS | ACCIONES ADOPTADAS |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

| OBLIGACIÓN | FECHA DE CUMPLIMIENTO | FECHA DE VERIFICACIÓN (*) |
|---|---|---|
| - | - | - |

## DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 31/01/2024 al 31/01/2024
  b) Del período comprendido entre el 01/02/2024 al 29/02/2024
  c) Del período comprendido entre el 01/03/2024 al 31/03/2024
  d) Del período comprendido entre el 01/04/2024 al 30/04/2024
  e) Del período comprendido entre el 01/05/2024 al 31/05/2024
  f) Del período comprendido entre el 01/06/2024 al 30/06/2024
  g) Del período comprendido entre el 01/07/2024 al 29/07/2024

## VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

| OBLIGACIÓN | VERIFICACIÓN | |
|---|---|---|
| | Cumple | No Cumple |
| N/A | ☒ | ☐ |

**De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:**

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | No aplica |

**En constancia, firmo:**



PAOLA ANDREA CESPEDES FORERO
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 29/07/2024

**CIUDAD:** BOGOTA D.C

**FECHA:** 29/07/2024

## CUENTA DE COBRO

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

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

**DEBE A:**

**NOMBRE:** MARY LUZ SIERRA VILLALBA

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☐ **NIT** ☐ **No.** 52.880.242

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-263 de 2024

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 1/07/2024 **HASTA:** 29/07/2024

**LA SUMA DE:** CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS M/CTE ($5.511.030)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** TV 97 A # 2- 70

**TELÉFONO:** 3154802485



**FIRMA**
**C.C. 52.880.242**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-263-2024 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | MARY LUZ SIERRA VILLALBA | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | PAOLA ANDREA CESPEDES FORERO | **Teléfono / Extensión** | 311 5918890 |
| **Dependencia** | Dirección Otras Prestaciones | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. | | |
| **Fecha de Inicio** | 31/01/2024 | **Fecha de Terminación** | 29/07/2024 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 1/07/2024 | **Hasta** | 29/07/2024 |
| **Adición y/o Prórroga** | N/A | | | |
| **Suspensión** | N/A | | | |
| **Cesión** | N/A | | | |

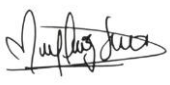
**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES** [i]

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos | Se efectuaron y revisaron las reclamaciones de los siguientes archivos:<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024 Cantidad 1486 ítems<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024 Cantidad 875 ítem<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024Cantidad 264 ítems<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024 Cantidad 778 reclamaciones | Se adjunta carpeta denominada obligación 1, 2 y 3 con los siguientes archivos de Excel:<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024 | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | en la normativa y manuales vigentes. | 5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B-G62B Cantidad 4398 ítems | 5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B - G62B | |
| 2 | Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto | Se registraron los resultados de las tareas asignadas a las reclamaciones de los siguientes archivos:<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024 Cantidad 1486 ítems<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024 Cantidad 875 ítem<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024Cantidad 264 ítems<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024 Cantidad 778 reclamaciones<br>5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B-G62B Cantidad 4398 ítems | Se adjunta carpeta denominada obligación 1, 2 y 3 con los siguientes archivos de Excel:<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024<br>5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B - G62B | N/A |
| 3 | Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados. | Se cumplieron y reportaron los resultados de la productividad de las tareas asignadas a las reclamaciones de los siguientes archivos<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024 Cantidad 1486 ítems<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024 Cantidad 875 ítem<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024Cantidad 264 ítems<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024 Cantidad 778 reclamaciones<br>5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B-G62B Cantidad 4398 ítems | Se adjunta carpeta denominada Obligación 1, 2 y 3 con los siguientes archivos de Excel:<br>1. Asignación Soportes RG61 05-07-2024<br>2. Asignación Soportes RG61 10-07-2024<br>3. Asignación Soportes RG61 11-07-2024<br>4. Asignación Soportes RG62 22-07-2024<br>5. Distribución Soportes Extemporáneo G61B - G62B | N/A |
| 4 | Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con | Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección. | | | |
| 5 | Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas. | Se asistió y se participó en las siguientes reuniones y capacitaciones:<br>1. Temas Varios Reclamaciones 05 de julio de 2024 (Virtual).<br>2. Lineamientos RG62 22 de Julio (Presencial). | Se adjunta evidencia en archivo denominado<br>Obligación 5 Julio de 2024. | N/A |
| 6 | Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |
| 7 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones | Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |

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



MARY LUZ SIERRA VILLALBA
**Firma del Contratista**
**Fecha:** 29/07/2024

## BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| 34.206.396 COP | 28.695.366 COP | 5.511.030 COP | 0 COP | 0 COP |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS M/CTE ($5.511.030)

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

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 78640358 | $ 287.800 | 01/06/2024 | 30/06/2024 | 11/07/2024 |
| **Pensión** | 78640358 | $ 368.300 | 01/06/2024 | 30/06/2024 | 11/07/2024 |
| **ARL** | 78640358 | $ 12.200 | 01/06/2024 | 30/06/2024 | 11/07/2024 |

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: N/A

## 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.

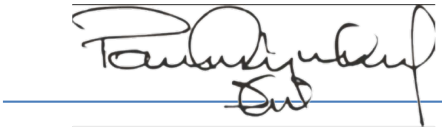
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

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:**



PAOLA ANDREA CESPEDES FORERO
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 29/07/2024

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

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 | 52880242 | MARY LUZ SIERRA VILLALBA | Transversal 97 A # 2 - 70 Torre 17 AP304 | 4456485 | jarodymary@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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 11/07/2024 | 78640358 | $668.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 287.500 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 300 | 0 | 287.800 | 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 | 368.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 300 | 0 | 368.300 | 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 | 12.100 | | | | 12.100 | 1 | 100 | 12.200 | | | 121 | 12.200 | 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 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 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 | 287.500 | 287.800 |
| Pensión | 1 | 368.000 | 368.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 12.100 | 12.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 667.600 | 668.300 |

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 | 52880242 | MARY LUZ SIERRA VILLALBA | Transversal 97 A # 2 - 70 Torre 17 AP304 | 4456485 | jarodymary@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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 11/07/2024 | 78640358 | $668.300 | |

## 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 | 52880242 | SIERRA VILLALBA MARY LUZ | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.300.000 | 368.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.300.000 | 287.500 | 14-23 | 2.300.000 | 1 | 12.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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