**CIUDAD:** Bogota D.C.

**FECHA:** 01/06/2020

# 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:** DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.023.873.742

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-154-2020

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la dirección en las actividades que se deriven del proceso de Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre-cierre y cierre de los paquetes.

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 01/05/2020 **HASTA:** 31/05/2020

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS ( 4.563.319).

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Diagonal 32 B bis sur # 4-42

**TELÉFONO:** 3004147688

**Deisy Liliana Velásquez Alarcón**

**FIRMA**
**C.C 1023873742**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-154-2020 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN** | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | WILSÓN R VELÁSQUEZ CASTAÑEDA | **Teléfono / Extensión** | 4322760/ 1849 |
| **Dependencia** | Dirección de Otras Prestaciones | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la dirección en las actividades que se deriven del proceso de Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre-cierre y cierre de los paquetes | | |
| **Fecha de Inicio** | 24/05/2020 | **Fecha de Terminación** | 23/07/2020 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 1/05/2020 | **Hasta** | 31/05/2020 |
| **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 | Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes. | **1.** Se analizaron 110 recobros en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: ***Analisis_Muestra_202004_13_25 - Facturas"***<br><br>**2.**Se analizaron 213 recobros en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: "***Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas***"<br><br>**3.**Se analizarón 1.206 reclamaciones en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: | Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3***"Analisis_Muestra_202004_13_25 - Facturas"***<br><br>Archivo Excel titulado soporte Obligación 1 y 3 "***Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas***"<br><br>Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3 "***Asignación_PJ_04_05_2020_Furtran_G_01_Nuevas „*** | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | "***Asignación_PJ_04_05_2020_Furtran_G_01_Nuevas"***<br><br>**4.**Se analizarón 92 reclamaciones en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: ***Asignación_PJ_13_05_2020_Furtran Tutela.14_05_2020"*** | Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3 "***Asignación_PJ_13_05_2020_Furtran_Tutela. 14_05_2020*** | |
| 2 | Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción aplicables por este concepto cuando haya lugar. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 3 | Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato. | **1.** Se analizaron 110 recobros en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: ***Analisis_Muestra_202004_13_25 - Facturas"***<br><br>**2.**Se analizaron 213 recobros en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: "***Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas***"<br><br>**3.**Se analizarón 1.206 reclamaciones en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: "***Asignación_PJ_04_05_2020_Furtran_G_01_Nuevas"***<br><br>**4.**Se analizarón 92 reclamaciones en el aplicativo con sus respectivos soportes validando la información uno a uno, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado: ***Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas"*** | Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3***"Analisis_Muestra_202004_13_25 - Facturas"***<br><br>Archivo Excel titulado soporte Obligación 1 y 3 ***"Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas"***<br><br>Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3 "***Asignación_PJ_04_05_2020_Furtran_G_01_Nuevas"***<br><br>Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3"***Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas"*** | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 | Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 5 | Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 6 | Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas. | Se brindó apoyo al proceso de reingeniería de Recobros de factura, realizando auditoría a facturas, validando consistencia validación de consistencia de la información y diligenciando el resultado de la misma en los archivos denominados:<br><br>**"Analisis_Muestra_202004_13_25 – Facturas"** con un total de 110 recobros.<br><br>**"Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas"** con un total de 213 recobros**.** | Archivo Excel titulado Soporte Obligación 6 ***"Analisis_Muestra_202004_13_25 - Facturas"***<br><br>Archivo Excel titulado Soporte Obligación 6 **"Analisis_Muestra_202005_06_12-Facturas"** | N/A |
| 7 | Emitir las observaciones y/o recomendaciones a que haya lugar relacionadas con los criterios de auditoría y su aplicación en las cuentas de reclamaciones y/o recobros asignados, las cuales deberán estar sustentadas técnica y jurídicamente. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 8 | Efectuar la revisión de calidad de la auditoría de los recobros y reclamaciones, según sea requerido. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato. | Se recibió capacitación por parte de la jefe Leidy Yohana Cardona correspondiente a la auditoría Furtran para casos de radicados no validos y reclamaciones radicadas como nuevas, asi como aclaración de citerios de auditoría. | Capacitación Virtual mediante aplicativo Zoom. | N/A |

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

_____

**Firma del Contratista**
**Fecha:** 1/06/2020

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| $18.253.276 | $5.628.093 | $4.563.319 | $0 | $12.625.183 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRECIENTOS DIECINUEVE PESOS ($4.563.319)

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

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 9406188991 | $54.800 | 01/04/2020 | 30/04/2020 | 18/05/2020 |
| **Pensión** | 9406188991 | $228.200 | 01/0/2020 | 30/04/2020 | 18/05/2020 |
| **ARL** | 9406188991 | $9.600 | 01/04/2020 | 30/04/2020 | 18/05/2020 |

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 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 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.

| | |
|---|---|
| **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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común).<br>4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención.<br>5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |
| **En constancia, firman:**<br><br>**Wilson R Velásquez Castañeda**<br>**Supervisor o interventor**<br><br>**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.,** 1/06/2020 | |

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

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Deisy Liliana Velásquez Alarcón | 1.023.873.742 de Bogotá |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica _7490__ Tarifa ICA __9.66___

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-154-2020

Fecha de Inicio: _24/03/2020_ Fecha de Terminación: __23/07/2020__

Valor total del Contrato: $ _18.253.276_ Prórroga: SI ☐ NO ☐

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 4.563.319

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

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 (*) |
|---|---|---|---|
| CC | 51.714.777 | Rosalbina Alarcón Téllez | Madre |

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad 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.
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 _____(Vacío)_____ identificado (a) con la C.C. No. __(Vacío)___ 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, Obligación _____ de_____, según certificación del año; 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. ___(Vacío)_____, del Banco ___(Vacío)_____,, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ Vacío ), 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

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

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 _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío ), 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.

   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre- pagada _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío ), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____(Vacío)_____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 _____

Cédula de ciudadanía: 1.023.873.742 de Bogotá
Bogotá D.C. 01 de Junio de 2020

Bogotá D.C., 10 de mayo de 2020

**EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO**

**CERTIFICA QUE:**

De conformidad con lo señalado en el inciso 2 del artículo 387 E.T. la señora **ROSALBINA ALARCÓN TELLEZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 51.714.777 expedida en la ciudad de Bogotá, residente en la ciudad de Bogotá y le ocupación ama de casa, es la madre de la señorita **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.023.873.742 de Bogotá

En la actualidad la señora **ROSALBINA ALARCÓN TELLEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual se cumplen los criterios para que la señora Alarcón pueda figurar como dependiente de la señorita **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN**

La presente solicitud se expide a solicitud de **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN** para que sea presentada ante el departamento de pagos por honorarios de la empresa en la cual esta prestando servicios profesionales de auditoria.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá a los 10 días del mes mayo de 2020

**EDWIN LEONARDO LOPEZ CONTRERAS**
Contador Público
TP. 213 240.
C.C. 1.033.716.072

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1963**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **B+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**15-AGO-1982 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00071443-F-0051714777-20080916 **00033**64071A 1 1180021281

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.714.777**

**ALARCON TELLEZ**

APELLIDOS

**ROSALBINA**

NOMBRES

Rosalbina Alarcón Tellez

FIRMA



Escaneado con CamScanner

REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

# REGISTRO DE NACIMIENTO

Parte básica: 8 7 0 9 25 — Parte complem.: 60498

10964671

| OFICINA REGISTRO CIVIL | (3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) | (4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría | (5) Código |
|---|---|---|---|
| | NOTARIA CUARTA | BOGOTA D.E. | 1004 |

## SECCION GENERICA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INSCRITO | (6) Primer apellido: VELASQUEZ | (7) Segundo apellido: ALARCON | (8) Nombres: DEISY LILIANA | | | |
| SEXO | (9) Masculino o Femenino: FEMENINO | (10) Masculino ☐ Femenino ☒ | FECHA DE NACIMIENTO | (11) Día: 25 | (12) Mes: SEPTIEMBRE | (13) Año: 1.987 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | (14) País: COLOMBIA | (15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA | (16) Municipio: BOGOTA | | | |

## SECCION ESPECIFICA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DATOS DEL NACIMIENTO | (17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CLINICA GAMA | | | (18) Hora: 22.20 |
| | (19) Documento presentado-Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO | (20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: ARMANDO FUENTES CUELLO | | (21) No. licencia: 7814 |
| MADRE | (22) Apellidos (de soltera): ALARCON TELLEZ | (23) Nombres: ROSALBINA | | (24) Edad actual: 23 |
| | (25) Identificación (clase y número): c.c. No. 51.714.777 de Bogotá D.E. | (26) Nacionalidad: COLOMBIANA | (27) Profesión u oficio: HOGAR | |
| PADRE | (28) Apellidos: VELASQUEZ CONTRERAS | (29) Nombres: WILLIAM DEMETRIO | | (30) Edad actual: 21 |
| | (31) Identificación (clase y número): c.c. No. 79.383.756 de Bogotá D.E. | (32) Nacionalidad: COLOMBIANO | (33) Profesión u oficio: EMPLEADO | |

| | | |
|---|---|---|
| DENUNCIANTE | (34) Identificación (clase y número): c.c. No. 79.383.756 de Bogotá D.E | (35) Firma (autógrafa): |
| | (36) Dirección postal y municipio: Calle 30Sur#1-26 Tel. 060727 | (37) Nombre: WILLIAM DEMETRIO VELASQUEZ CONTRERAS |
| TESTIGO | (38) Identificación (clase y número): | (39) Firma (autógrafa): |
| | (40) Domicilio (Municipio): | (41) Nombre: |
| TESTIGO | (42) Identificación (clase y número): | (43) Firma (autógrafa): |
| | (44) Domicilio (Municipio): | (45) Nombre: |

FECHA DE INSCRIPCION (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

| (46) Día | (47) Mes | (48) Año |
|---|---|---|
| 09 | OCTUBRE | 1987 |

(49) Firma funcionario ante quien se hace el registro

REPUBLICA DE COLOMBIA
CORNELIO REYES
NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO BOGOTA D.E.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE (P10)

2038049 78

# NOTARIA CUARTA
DE
SANTAFE DE BOGOTA

*Es fiel copia tomada del original del Serial No.* 10964671 *por solicitud de* Felix Alarcon

*Artículo 115 Decreto Ley 1260 de 1970.*

*Delegación autorizada: Decreto 1534 de 1989. Este registro civil tiene validez permanente.*

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023873742 | | VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DIAG 32B # 4 - 42 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3625704 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-04 | 2020-04 | 628825799 | 9406188991 | I | 2020/05/12 | 2020/05/18 | BANCOLOMBIA | 6 | $292,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,825,328 | $54,800 | | | $1,825,328 | $228,200 | | | $0 | $0 | | | $1,825,328 | $9,600 | | $0 | $0 | | $292,600 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,825,328 | $54,800 | | | $1,825,328 | $228,200 | | | $0 | $0 | | | $1,825,328 | $9,600 | | $0 | $0 | | $292,600 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,825,328 | $54,800 | | | $1,825,328 | $228,200 | | | $0 | $0 | | | $1,825,328 | $9,600 | | $0 | $0 | | $292,600 |
| 1 | CC | 1023873742 | VELASQUEZ DEISY | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,825,328 | $54,800 | EPS010 | 30 | $1,825,328 | $228,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,825,328 | $9,600 | 0 | $0 | $0 | No | $292,600 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,825,328 | $54,800 | | | $1,825,328 | $228,200 | | | $0 | $0 | | | $1,825,328 | $9,600 | | $0 | $0 | | $292,600 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023873742 | | VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DIAG 32B # 4 - 42 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3625704 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-04 | 2020-04 | 628825799 | 9406188991 | I | 2020/05/12 | 2020/05/18 | BANCOLOMBIA | 6 | $292,600 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $54,800 | $0 | $0 | $54,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $54,800 | $0 | $0 | $54,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,600 | $0 | $0 | $9,600 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,600 | $0 | $0 | $9,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $228,200 | $0 | $0 | $228,200 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $228,200 | $0 | $0 | $228,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $292,600 | $0 | $0 | $292,600 |