

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 09/06/2020

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: 01/06/2020 **HASTA:** 01/06/2020

LA SUMA DE:
CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS (\$152.111).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Diagonal 32 B bis sur # 4-42

TELÉFONO: 3004147688

Deisy Liliana Velásquez Alarcón

FIRMA
C.C 1023873742

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

Contrato No.	<u>ADRES-CPS-154-2020</u>		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	<u>DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN</u>		
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	24/03/2020	Fecha de Terminación	1/06/2020

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/06/2020	Hasta	1/06/2020
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.	3.Se analizarán 82 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"	Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3 "Asignación PJ 04 05 2020_Furtran_G_01_Nuevas"	N/A
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	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

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

	aplicables por este concepto cuando haya lugar.			
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.	3. Se analizarán 82 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"	Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1 y 3 "Asignación PJ_04_05_2020_Furtran_G_01_Nuevas"	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.	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
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	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

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

	estar sustentadas técnica y jurídicamente.			
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.	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

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

Firma del Contratista

Fecha: 9/06/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$18.253.276	\$10.191.412	\$152.111	\$0	\$7.909.753

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS (\$152.111)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9406600584	\$228.200	01/05/2020	30/05/2020	01/06/2020
Pensión	9406600584	\$54.800	01/05/2020	30/05/2020	01/06/2020
ARL	9406600584	\$9.600	01/05/2020	30/05/2020	01/06/2020

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.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:	
<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención. 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:	
<hr/> Wilson R Velásquez Castañeda Supervisor o interventor	
En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 9/06/2020	

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: 01/06/2020

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, artículo 2, numeral 1, 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. 09 de Junio de 2020

Bogotá D.C., 10 de mayo de 2020

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

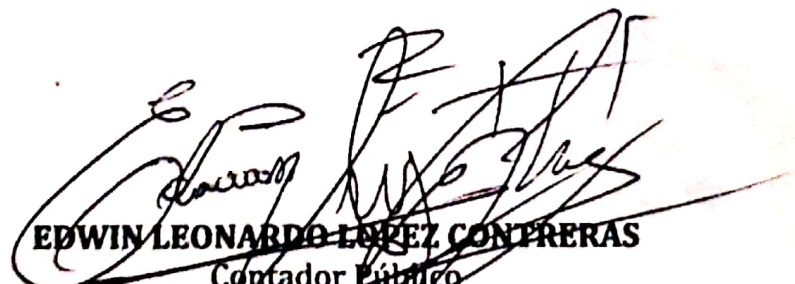
CERTIFICA QUE:

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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1963**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

B+

G.S. RH

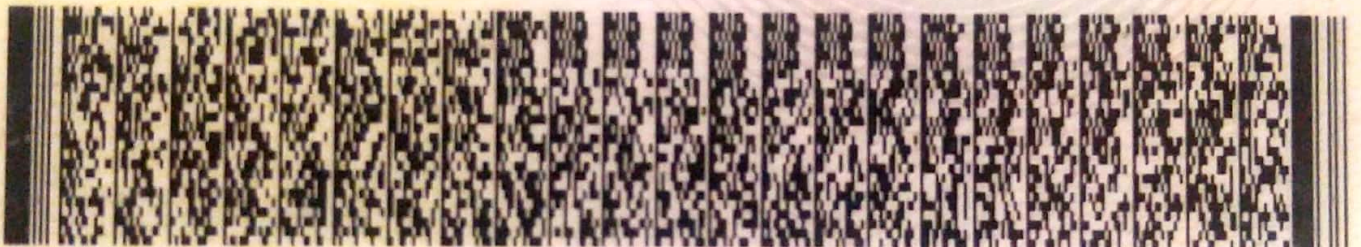
F

SEXO

15-AGO-1982 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00071443-F-0051714777-20080916

0003364071A 1

1180021281

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.714.777**
ALARCON TELLEZ

APELLIDOS
ROSALBINA

NOMBRES

Rosalbina Alarcón Tellez

FIRMA





REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

Parte básica 8 7 0 9 25
Parte complementaria 60498

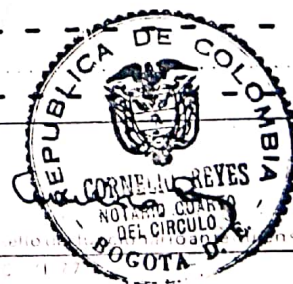
10964671

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

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

DATOS DEL NACI- MIENTO	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

DENUN- CIANTE	34 Identificación (clase y número) c.c. No. 79.383.756 de Bogotá D.E.	35 Firma (autógrafa)
	36 Dirección postal y municipio Calle 30 Sur #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 INSCRIP- CION	FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO 1987 09- OCTUBRE	



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIA CUARTA
DE
SANTAFE DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del original del Serial No. 10964671 por
solicitud de Julix Alarcon
Artículo 115 Decreto Ley 1260 de 1970.

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2020-05	2020-05	639750527		9406600584	I	2020/06/09	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	\$292,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,825,328	\$54,800			\$1,825,328	\$228,200			\$0	\$0			\$1,825,328	\$9,600		\$0	\$0	
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	
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	
1	CC	1023873742	VELASQUEZ DEISY	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
Total Afiliados(1)					\$1,825,328	\$54,800			\$1,825,328	\$228,200			\$0	\$0			\$1,825,328	\$9,600		\$0	\$0	

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
2020-05	2020-05	639750527	9406600584	I	2020/06/09	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$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	