

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 31/12/2024

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: SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 51.945.615

CONTRATO No.: ADRES-CPS---676-2024

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 presta-dores 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 trán-sito 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 aproba-dos 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: 1/12/2024 HASTA: 31/12/2024

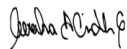
Cinco millones setecientos un mil sesenta y seis pesos M/cte (\$ 5.701.066 M/cte)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra 12 Bis # 34C-17 sur. Casa 37

TELÉFONO: 3124163291



FIRMA
C.C 51.945.615 de Bogotá

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS--676-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	Teléfono / Extensión	601 4322760
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	14/08/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/12/2024	Hasta	31/12/2024
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. Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las	Efectué la revisión y verificación de las cuentas y soportes de las reclamaciones asignadas correspondientes a los archivos: - Muestra de Calidad Médico_RG72_, con un total de 28 reclamaciones y 353 ítems verificados. - Muestra de Calidad Médico_Financiero RG73_, con un total de 92 reclamaciones y 106 ítems verificados. - Captura de Factura __, con un total de 198 reclamaciones capturadas.	Se adjunta carpeta con los siguientes archivos Excel. - Muestra de calidad médico_RG72.Diciembre - Muestra de Calidad Médico_Financiero RG73. Diciembre - Captura de Factura. Diciembre.	n/a	n/a

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer.	4. No Conformidades pqt 29075 con un total de 45 reclamaciones verificadas.	4. No Conformidades pqt 29075	n/a
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.	Registré los resultados de las tareas asignadas en hojas de Excel de las reclamaciones, correspondientes a los archivos: 1. Resultado ajustes No Conformidades pqt 29068_, con un total de 23 reclamaciones. 2. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG71 registrados. 3. Resultado Muestra de calidad médico_RG 72 con un total de 28 reclamaciones y 353 ítems registrados. 4. Resultado Ajustes No Conformidades pqt 29069_, con un total de 5 reclamaciones registrados. 5. Resultado Muestra de Calidad Médico_financiero_RG73_, con un total de 92 reclamaciones y 106 ítems registrados. 6. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra	Se adjunta carpeta con los siguientes archivos excel. 1. Resultado ajustes No Conformidades pqt 29068.Diciembre. 2. Resultado Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG71. Diciembre. 3. Resultado Muestra de calidad médico_RG 72. Diciembre 4. Resultado Ajuste No Conformidades pqt 29069. Diciembre. 5. Resultado Muestra de Calidad Médico_financiero_RG73. Diciembre. 6. Resultado Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra	n/a n/a n/a n/a n/a n/a

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		calidad_médico_financiero RG72 registradas. 7. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG73 registradas. 8. Resultado No Conformidades pqt 29075_, con un total de 45 reclamaciones registradas.	calidad_médico_financiero RG72. Diciembre. 7. Resultado Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG73. diciembre. 8. Resultado No Conformidades pqt 29075.Diciembre.	n/a n/a
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijan 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.	Cumplí y reporté las metas de productividad y calidad en el proceso de verificación y auditoría de las reclamaciones, correspondientes a los archivos: 1. Resultado ajustes No Conformidades pqt 29068_, con un total de 23 reclamaciones reportadas. 2. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG71 reportadas. 3. Resultado Muestra de calidad médico_RG 72 con un total de 28 reclamaciones y 353 ítems reportadas. 4. Resultado Ajustes No Conformidades pqt 29069_, con un total de 5 reclamaciones reportadas. 5. Resultado Muestra de Calidad Médico_financiero_RG73_, con un total de 92 reclamaciones y 106 ítems reportadas. 6. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG72 reportadas.	Se adjunta carpeta con los siguientes archivos excel. 1. Reporte resultado ajustes No Conformidades pqt 29068. 2. Reporte verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG71. 3. Reporte resultado Muestra de calidad médico_RG 72. 4. Reporte Resultado Ajustes No Conformidades pqt 29069. 5. Reporte Resultado Muestra de Calidad Médico_financiero_RG73. 6. Reporte Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra	n/a n/a n/a n/a n/a

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		7. Verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG73. 8. Resultado No Conformidades pqt 29075_ con un total de 45 reclamaciones reportadas. 9. Captura de Factura _ con un total de 198 reclamaciones reportadas.	calidad_médico_financiero RG72. 7. Reporte verificación Conciliación y corrección de hallazgos muestra calidad_médico_financiero RG73. 8. Reporte resultado No Conformidades pqt 29075. 9. Reporte Captura de Factura.	n/a n/a 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, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural;	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección de otras prestaciones.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Asistí a capacitaciones y reuniones programadas así: 1. Diciembre 3 de 2024 "Lineamientos paquete G73 " por teams. 2. Diciembre 4 de 2024 "Reclamaciones jurídicas " por teams. 3. Diciembre 9 de 2024 "Inducción a la plataforma Red Jurista-segunda sesión " por teams. 4. Diciembre 11 de 2024 "Radicación informes de diciembre r informe final " por teams.	Se adjunta documento en PDF denominado: Pantallazo capacitaciones diciembre.	N/A
6	Informar oportunamente al líder del proceso, al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones 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	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se identificaron situaciones anómalas, irregulares o atípicas que se configuren como presuntos intentos de fraude contra SGSSS.	N/A	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.			
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A.	N/A

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



Sandra Angélica Córdoba Galvis
Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
28.505.330	\$ 20.333.802	\$ 5.701.066	0	\$ 2.470.462

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/C (\$5.701.066)

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	82596539	312.500	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
Pensión	82596539	400.000	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
ARL	82596539	13.100	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024

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

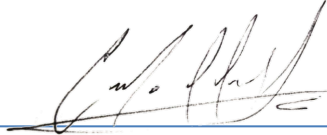
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

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. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

En constancia, firmo:



CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ
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., 31/12/2024

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

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES CPS-676-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	Extensión del Supervisor	Tel: 4322760 Ext. 1854
Dependencia	Dirección General		
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	14/08/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	14/08/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$28.505.330
Valor adiciones	\$0
Valor total incluidas las adiciones	\$28.505.330
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$ 20.333.802
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$ 5.701.066
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	\$0
Valor a liberar	\$2.470.462
Valor liberado	\$0
Valor total ejecutado	\$26.034.868
INFORME DE EJECUCIÓN	

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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
14-44-101216313	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$ 7.126.332,50	13/08/2024	10/07/2025

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 diligenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS

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 14/08/2024 al 31/08/2024
 - b) Del período comprendido entre el 01/09/2024 al 30/09/2024
 - c) Del período comprendido entre el 01/10/2024 al 31/10/2024
 - d) Del período comprendido entre el 01/11/2024 al 30/11/2024
 - e) Del período comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024

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	☒	☐

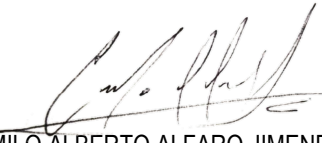
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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 haya 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:


 CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ
 Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS		crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82596539	\$775.600	

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	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	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	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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	13.100				13.100	0	0	13.100			131	13.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	50.000	0	0	50.000	1

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	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	13.100	13.100
CCF	1	50.000	50.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	775.600	775.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS		crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	sandracor48@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82596539	\$775.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	51945615	CORDOBA GALVIS SANDRA ANGELICA	59	0		N																			25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	1	13.100	CCF24	2.500.000	50.000	0	0	0	0	0

PAGADA



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

Bogotá D.C., 31 de Diciembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS	51.945.615 de Bogotá

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 6920, Tarifa ICA 7.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-676-2024

Fecha de Inicio: 14/08/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024

Valor total del Contrato: \$ 28.505.330 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2024: \$ 5.701.066

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.



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

- c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

- 3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion _____ de _____, según certificación del año gravable 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____, de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____, de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

- 7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales



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

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma:

Cédula de ciudadanía No. 51.945.615 de Bogotá
Bogotá D.C., 13/12/2024