

**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:** ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ

**IDENTIFICACIÓN:** **CC**  **NIT**  **No.** 1.015.406.734

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-090 de 2024

**OBJETO:** Prestar servicios profesionales jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones en la ejecución, seguimiento y revisión de las actividades relacionadas con el procedimiento de determinación del deudor y las que se requieran, derivadas de los reconocimientos efectuados por presupuestos máximos, servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC y prestación de servicios de salud a víctimas de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.


**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 1/12/2024 **HASTA:** 31/12/2024


**LA SUMA DE:** OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$8.250.000)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS DEL 1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

**DIRECCIÓN:** Calle 70 D No. 60-25

**TELÉFONO:** 3115915555

  
**FIRMA: ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ**  
**C.C. 1.015.406.734**

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

|   |   |                             |                  |
|---|---|-----------------------------|------------------|
| <b>Contrato No.</b>                                   | ADRES -CPS- 090-2024  |                             |                  |
| <b>Nombre del Contratista y/o Representante Legal</b> | ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ   |                             |                  |
| <b>Nombre del Supervisor y/o Interventor</b>          | MAURICIO ANDRES GONZALEZ ANTOLINEZ  | <b>Teléfono / Extensión</b> | 601 432 27<br>60 |
| <b>Dependencia</b>                                    | DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES   |                             |                  |
| <b>Objeto del Contrato</b>                            | Prestar servicios profesionales jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones en la ejecución, seguimiento y revisión de las actividades relacionadas con el procedimiento de determinación del deudor y las que se requieran, derivadas de los reconocimientos efectuados por presupuestos máximos, servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC y prestación de servicios de salud a víctimas de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993. |                             |                  |
| <b>Fecha de Inicio</b>                                | 22/01/2024  | <b>Fecha de Terminación</b> | 31/12/2024       |

|   |  |            |              |            |
|---|--|------------|--------------|------------|
| <b>Periodo del Informe de Actividades</b> | <b>Desde</b>   | 01/12/2024 | <b>Hasta</b> | 31/12/2024 |
| <b>Adición y/o Prórroga</b>               | RP 17600 del 23/08/2024, Adición por valor de \$33.000.000 y prórroga hasta el 31/12/2024. |            |              |            |
| <b>Suspensión</b>                         | N/A  |            |              |            |
| <b>Cesión</b>                             | N/A  |            |              |            |

### INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES <sup>i</sup>

|   | Obligación contractual  | Actividad desarrollada  | Producto y/o Entregables  | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Proyectar las solicitudes de aclaración, informes y actos administrativos en el procedimiento administrativo de determinación del deudor, incluyendo aquellos que resuelvan recursos, que deban ser expedidos por la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con los procesos de determinación del deudor. | Para este periodo se elaboraron ocho (8) actos administrativos por medio de los cuales se declaró caducidad, se resolvieron recursos y se dictaron otras disposiciones. | Relaciono carpeta zip de la obligación 1,3,2 y 5 donde se evidencia la respuesta realizada. | N/A   |
| 2 | Elaborar y revisar los requerimientos, solicitudes de concepto y demás documentos que deban ser expedidos por la  | Se suministra a la OAJ- Cobro Coactivo insumo relacionado con la Acción de Tutela No. 2024-00080. Tutela No. 2024-00142   | Relaciono carpeta zip de la obligación 1,3,2 y 5 donde se evidencia la                      | 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

|   |  |  |  |     |
|---|--|--|--|-----|
|   | Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con los procesos de determinación del deudor, de conformidad con el objeto del contrato.  |  | respuesta realizada.   |     |
| 3 | Revisar los soportes documentales allegados por los ciudadanos, intervinientes en el SGSSS, autoridades administrativas y judiciales, antes de control, y demás interesados en el marco de los procesos de determinación del deudor.   | Durante este periodo se realizó la revisión de cuatro (4) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Así mismo, se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT. | Relaciono carpeta zip de la obligación 1,3,2 y 5 donde se evidencia la respuesta realizada.                      | N/A |
| 4 | Proyectar y revisar los acuerdos, resoluciones y minutas que se requieran dentro del marco de los procesos que adelanta la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, relacionados con los procesos de determinación del Deudor.   | Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación:<br>0200129-2024<br>0200168-2024  | Relaciono carpeta zip de la obligación 4 donde se evidencia la respuesta realizada.                              | N/A |
| 5 | Responder dentro de los términos de ley las peticiones asignadas a través del Orfeo, o cualquier plataforma de gestión documental que implemente la ADRES relacionadas con los procesos que adelanta la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES que sean presentadas por los usuarios del sistema, contratistas, autoridades administrativas y judiciales, antes de control y demás interesados. | Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (20) veinte derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.  | Relaciono carpeta zip de la obligación 1,3 y 5 donde se evidencia la respuesta realizada.                        | N/A |
| 6 | Suministrar información para mantener actualizado el registro y gestión sobre las actividades y operaciones a su cargo, en las condiciones y características establecidas o requeridas por la ADRES y los organismos de seguimiento y control.   | Se actualizó la base correspondiente al proceso de determinación del deudor de acuerdo con los documentos revisados asignados en el reparto  | Relaciono carpeta zip de la obligación 6 donde se evidencia pantallazo del Excel con la información actualizada. | N/A |
| 7 | Entregar al finalizar el plazo de ejecución del contrato soporte generado por el Sistema de Gestión Documental que para el efecto tenga implementada la ADRES, en el cual se evidencie que la documentación asignada se  | 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 |

|   |  |  |   |     |
|---|--|--|---|-----|
|   | encuentra tramitada.   |  |   |     |
| 8 | Prestar apoyo permanente para las actividades propias a cargo del líder o supervisor del área, en donde genere soporte y acompañamiento a las actividades designadas por el mismo. | Durante este periodo no se realizaron asignaciones en relación con el apoyo de las actividades propias a cargo del líder o supervisor.                                     | N/A   | N/A |
| 9 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.  | A. Asistí a las siguientes capacitaciones y reuniones:<br>1. 18/11/2024 Proceso Determinación del Deudor<br>2. 29/11/2024 Reunión de seguimiento Determinación del Deudor. | Relaciono carpeta zip de la obligación 9 donde se evidencia los pantallazos de las capacitación realizadas. | N/A |

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



**Firma del Contratista**

**Fecha: 31/12/2024**

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|--|--------------|---------------|----------------|-----------------|
| \$99.000.000                             | \$84.975.000 | \$8.250.000   | \$0            | \$5.775.000     |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$8.250.000)

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**


Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR     | PERIODO   |            | FECHA DE PAGO |
|----------|--------------|-----------|-----------|------------|---------------|
|          |              |           | DESDE     | HASTA      |               |
| Salud    | 82629693     | \$412.500 | 1/12/2024 | 31/12/2024 | 12/12/2024    |
| Pensión  | 82629693     | \$528.000 | 1/12/2024 | 31/12/2024 | 12/12/2024    |
| ARL      | 82629693     | \$17.300  | 1/12/2024 | 31/12/2024 | 12/12/2024    |

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: [Realizar una breve descripción del hallazgo \(Adjuntar soportes\)](#).

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

| INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN  |  |
|---|--|
| <p>De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.</li> <li>4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.</li> </ol> |  |
| <b>OBSERVACIONES</b>  | N/A  |
| <b>ANEXOS</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.</li> <li>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).</li> <li>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol> </li> <li>5. En caso de primer pago debe aportar: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.</li> </ol> </li> </ol> |
| <p><b>En constancia, firmo:</b></p> <p style="text-align: center;">Mauricio Andrés Gonzalez<br/>Supervisor (es) interventor (es)</p> <p><b>En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectuó la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.</b></p> <p><b>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024</b></p>  |  |

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


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

|   |   |                             |               |
|---|---|-----------------------------|---------------|
| <b>Contrato No.</b>                                   | ADRES -CPS- 090-2024  |                             |               |
| <b>Nombre del Contratista y/o Representante Legal</b> | ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ   |                             |               |
| <b>Nombre del Supervisor y/o Interventor</b>          | MAURICIO ANDRES GONZALEZ ANTOLINEZ  | <b>Teléfono / Extensión</b> | 601 432 27 60 |
| <b>Dependencia</b>                                    | DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES   |                             |               |
| <b>Objeto del Contrato</b>                            | Prestar servicios profesionales jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones en la ejecución, seguimiento y revisión de las actividades relacionadas con el procedimiento de determinación del deudor y las que se requieran, derivadas de los reconocimientos efectuados por presupuestos máximos, servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC y prestación de servicios de salud a víctimas de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993. |                             |               |
| <b>Fecha de Inicio</b>                                | 22/01/2024  | <b>Fecha de Terminación</b> | 31/12/2024    |

|   |  |            |              |            |
|---|--|------------|--------------|------------|
| <b>Periodo del Informe de Actividades</b> | <b>Desde</b>   | 22/01/2024 | <b>Hasta</b> | 31/12/2024 |
| <b>Adición y/o Prórroga</b>               | RP 17600 del 23/08/2024, Adición por valor de \$33.000.000 y prórroga hasta el 31/12/2024. |            |              |            |
| <b>Suspensión</b>                         | N/A  |            |              |            |
| <b>Cesión</b>                             | N/A  |            |              |            |
| <b>Terminación</b>                        | 31/12/2024   |            |              |            |

| <b>INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA</b>             |               |
|--|---------------|
| <b>CONCEPTO</b>  | <b>VALOR</b>  |
| Valor inicial del Contrato o Convenio                          | \$ 66.000.000 |
| Valor adiciones  | \$ 33.000.000 |
| Valor total incluidas las adiciones                            | \$99.000.000  |
| Valor pagado o desembolsado al Contratista.                    | \$84.975.000  |
| Valor Pendiente por pagar al Contratista                       | \$8.250.000   |
| Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista. | \$0           |
| Valor a liberar  | \$5.775.000   |
| Valor liberado   | \$0           |
| Valor total ejecutado  | \$93.225.000  |

**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 ( SEGUROS DEL ESTADO S.A )como sigue:

| PÓLIZA No.      | AMPAROS                   | VALORES ASEGURADOS | VIGENCIAS    |             |
|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|-------------|
|                 |                           |                    | FECHA INICIO | FECHA FINAL |
| 96-46-101016520 | Cumplimiento del contrato | \$24.750.000       | 19/01/2024   | 6/07/2024   |

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

| OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S) | TRÁMITE |
|------------------------------|---------|
| N/A                          | N/A     |

#### 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 |
|------------|-------------------------|--------|--------------------|
| 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 X

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

| OBLIGACIÓN | FECHA DE CUMPLIMIENTO | FECHA DE VERIFICACIÓN (*) |
|------------|-----------------------|---------------------------|
| N/A        | N/A                   | N/A                       |

#### 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 22 de enero de 2024 al 31 de enero de 2024

- Durante este periodo se realizó el envío de dos insumos a la Oficina Asesora Jurídica con el fin de dar contestación a dos (2) Acciones de Tutela correspondiente a los terceros Luz Hoyos y Maria Sotelo relacionados con el procedimiento de determinación del deudor.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (9) nueve derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Se procedió a realizar la revisión de la documentación aportada por 1 (un) tercero.
- Se realizó el respectivo apoyo en el proceso de contratación de la Dirección de Otras Prestaciones – Determinación del Deudor, en la actualización de la documentación y demás relacionados con el proceso.

##### b) Del período comprendido entre el 1 de febrero de 2024 al 29 de febrero de 2024.

- Se procedió a realizar en conjunto la respuesta al Rad. 20241220095593 emitida por la Oficina Asesora Jurídica – Cobro Coactivo relacionado a la entrega de 11.788 resoluciones iniciales y 40.590 comunicaciones iniciales.
- Durante este periodo se realizó la revisión de un (1) soporte de pago identificados con el radicado 20246304484292.
- Durante este periodo se realizó la respectiva revisión de 10 actos administrativos relacionados con el procedimiento de determinación del deudor (Títulos Ejecutivos y Revocatorias Directas).
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (43) cuarenta y tres derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Se realizó en conjunto la revisión de los documentos denominados ANEXO ESPECIFICACIONES TECNICAS y SOLICITUD DE INFORMACION A PROVEEDORES, correspondientes a la contratación directa mediante contrato interadministrativo con CISA con

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

sus respectivas observaciones.

**c) Del período comprendido entre el 01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024.**

- Se procedió a realizar en conjunto la respuesta a la Respuesta Solicitud de Información Denuncia Fiscal No. 2023- 287624-80082-D. Radicado SIGEDOC No. 2023ER0207085 del 01-11-2023. Radicado ADRES 20246304885932 CRM Contraloría General de la Nación – Gerencia Departamental Colegiala del Valle del Cauca.
- Se procedió a realizar en conjunto la respuesta a la solicitud de información Reclamaciones de FURIPS que no cruzaron con Procesos de repetición – ADRES procedente de la Contraloría General de la Nación – Dirección de Información, Análisis y Reacción Inmediata – DIARI.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (63) sesenta y tres derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Se realizó en conjunto la elaboración de los ESTUDIOS PREVIOS CONTRATACIÓN DIRECTA PERSONA JURÍDICA, correspondientes a la contratación directa mediante contrato interadministrativo con CISA con sus respectivas observaciones.

**d) Del período comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 30 de abril de 2024.**

- Durante este periodo se dio respuesta a una (1) solicitud de revocatoria solicitada por la Oficina Asesora Jurídica mediante el rad. 20244200118093. Así mismo; se realizó solicitud ante el Grupo de Verificación y Auditoría de Cuentas de la Dirección de Otras Prestaciones aclaración de identificación de vehículo con el radicado 20244200118033.
- Durante este periodo se realizó la revisión de dos (2) Históricos vehiculares aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor a través de ORFEO se dio contestación a (63) sesenta y tres derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Durante este periodo se realizó la revisión de dos (2) actos administrativos relacionados con los procesos de determinación del deudor.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (140) ciento cuarenta derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Se realizó acompañamiento en la mesa de trabajo realizada con CISA – respecto a las obligaciones relacionadas en el contrato interadministrativo suscrito con la mencionada.

**e) Del período comprendido entre el 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024.**


- Durante este periodo se dio respuesta a una (1) solicitud de Garantía Personal, la cual fue reasignada por competencia al Oficina Asesora Jurídica – Cobro Coactivo.
- Durante este periodo se remitió a la Oficina Asesora Jurídica insumo para la Acción de Tutela interpuesta por el Juzgado Veintiuno Contencioso Administrativo Oral del Circuito de Cali respecto a la valoración probatoria requerida por el tercero inmerso en un accidente de tránsito.
- Durante este periodo se realizó la revisión de veintisiete (27) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (136) ciento treinta y seis derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.
- Se realizó apoyo en la elaboración de Estudios Previos relacionados con los perfiles apoyo a la gestión, apoyo documental y abogados especializados.

**f) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2024 al 30 de junio de 2024**

- se resolvió una Revocatoria Directa y se realizó una corrección formal a la Resolución 12863 del 5 de septiembre de 2023..
- Se realizó la revisión de siete (7) Históricos vehiculares.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (64) sesenta y cuatro derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

**g) Del período comprendido entre el 01 de julio de 2024 al 31 de julio de 2024**

- Durante este periodo se solicitó al Grupo de Verificación y Auditoría dos (2) aclaraciones de identificación de vehículo a fin de continuar con el procedimiento de Determinación del Deudor.
- Durante este periodo se envió a la Oficina Asesora Jurídica dos (2) insumos relacionados con Acciones de Tutelas Nos. 00336-2024 y 00175- 2024.
- Durante este periodo se realizó la revisión de cinco (5) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Por lo anterior se solicitó mediante correo electrónico estado

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

actual del propietario al RUNT.

-Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación: 82626 -2024 82704-2024 89113-2024 89559-2024 40637-2024 89557-2024 81616-2024 89719-2024 89795-2024 4841-2024.

-Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (94) noventa y cuatro derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

**h) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2024 al 31 de agosto de 2024**

- Para este periodo se elaboró un (1) acto administrativo por medio del cual se solicitó la terminación y archivo del proceso administrativo en contra de un tercero.

- Durante este periodo se realizó la revisión de tres (3) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Por lo anterior se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT.

- Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación: 0090151 -2024 0089765-2024 0090016-2024 90139-2024.

- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (58) cincuenta y ocho derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

**i) Del período comprendido entre el 01 de septiembre de 2024 al 30 de septiembre de 2024**

- Para este periodo se elaboraron (2) actos administrativos por medio del cual se solicitó la terminación y archivo del proceso administrativo en contra de un tercero y se rechaza un recurso por extemporaneidad.

- Se suministra a la OAJ- Cobro Coactivo insumo relacionado con la Acción de Tutela No. 2024-00169.

- Durante este periodo se realizó la revisión de cinco (5) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Por lo anterior se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT.

- Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación: 95349-2024 95345-2024

- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (42) cuarenta y dos derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

- Se realizó la correspondiente solicitud en relación con los avances del Plan de Acción para la Contingencia de PQRS a la CENTRAL DE INVERSIONES S.A. – CISA.

**j) Del período comprendido entre el 01 de octubre de 2024 al 31 de octubre de 2024**

- Para este periodo se elaboraron (5) actos administrativos por medio del cual se solicitó la terminación y archivo del proceso administrativo en contra de un tercero y se rechaza un recurso por extemporaneidad.

- Se suministra a la OAJ- Cobro Coactivo insumo relacionado con la Acción de Tutela No. 2024-00059. Tutela No. 2024-00099

- Durante este periodo se realizó la revisión de cuatro (4) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Por lo anterior se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT.

- Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación: 0151483-2024 0151637-2024.

- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (41) cuarenta y dos derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

**k) Del período comprendido entre el 01 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024**


- Para este periodo se elaboraron (8) actos administrativos por medio de los cuales se declaró caducidad, se resolvieron recursos y se dictaron otras disposiciones.

- Se suministra a la OAJ- Cobro Coactivo insumo relacionado con la Acción de Tutela No. 2024-00080. Tutela No. 2024-00142

- Durante este periodo se realizó la revisión de cinco (3) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Por lo anterior se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT.

- Durante este periodo se realizó la revisión de las resoluciones que se relacionan a continuación: 0170727-2024 0199842-2024

- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (23) cuarenta y dos derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

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

**k) Del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024**

- Para este periodo se elaboraron ocho (8) actos administrativos por medio de los cuales se declaró caducidad, se resolvieron recursos y se dictaron otras disposiciones.
- Se suministra a la OAJ- Cobro Coactivo insumo relacionado con la Acción de Tutela No. 2024-00080. Tutela No. 2024-00142.
- Durante este periodo se realizó la revisión de cuatro (4) Históricos vehiculares y demás documentación relacionada, aportados por los terceros inmersos en el Procedimiento de Determinación del Deudor. Así mismo, se solicitó mediante correo electrónico estado actual del propietario al RUNT.
- Durante este periodo a través de ORFEO se dio contestación a (20) veinte derechos de Petición correspondientes al procedimiento administrativo de determinación del deudor.

**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                |
| Tarjeta de ingreso y equipo asignado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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, firma:**

MAURICIO ANDRES GONZALEZ ANTOLINEZ  
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

| DATOS DEL APORTANTE                        |                   |                             |        |                   |                    |                     |
|--|-------------------|-----------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                       | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC   | 1015406734        | ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ |        | CALLE 70D N 60 25 | 3115915555         | esanto085@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                         | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA                                      | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                     |
| <b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b> |                   |                             |        |                   |                    |                     |
| NO   |                   |                             |        |                   |                    |                     |

| 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             | 12/12/2024               | 82629693        | \$1.023.800   |     |

## 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 | 412.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 412.500       | 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 | 528.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 528.000       | 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 | 17.300                 |                  |       |                        | 17.300                | 0         | 0                     | 17.300              |                            |                     | 173               | 17.300        | 1             |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 860066942-7 | 66.000       | 0         | 0                 | 66.000        | 1             |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Salud               | 1                              | 412.500                             | 412.500          |
| Pensión             | 1                              | 528.000                             | 528.000          |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 17.300                              | 17.300           |
| CCF                 | 1                              | 66.000                              | 66.000           |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0                |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0                |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0                |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>4</b>                       | <b>1.023.800</b>                    | <b>1.023.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1015406734        | ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ |        | CALLE 70D N 60 25 | 3115915555         | esanto085@gmail.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    |               |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1           | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |             | TOTAL A PAGAR |  |
| 2024-12              | 2024-12                           | I             | 12/12/2024               | 82629693        | \$1.023.800 |               |  |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |      |     |     |            |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|------|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |      |     |     | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA      | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o 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   | 1015406734            | SANTOFIMIO SUAREZ ESTEFANIA | 59        | 0       |           |                | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |      |     |     |            | 25-14    | 3.300.000 | 528.000           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 3.300.000    | 412.500                | 14-23    | 3.300.000 | 1               | 17.300     | CCF24      | 3.300.000 | 66.000     | 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 |
|-----------------------------|--------------------|
| Estefania Santofimio Suarez | 1.015.406.734      |

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

Responsable de IVA: SI  NO

Régimen Simple: SI  NO

Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 7,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-090-2024

Fecha de Inicio: 22 de enero de 2024 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2024

Valor total del Contrato: \$99.000.000 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2024: \$8.250.000

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 (*) |
|-------------------|------------------|------------------------------|-------------------------|
| R.C.              | 1.025.080.576    | Juan Pablo Torres Santofimio | A                       |
|                   |                  |                              |                         |
|                   |                  |                              |                         |

(\*) 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. XXXXXXXX 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 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.


---



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

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de **DOS MILLONES DOSCIENTOS VENTINUEVE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS (\$2.229.045,00)**, (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales.
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma:   
Estefanía Santofimio Suarez  
Cédula de ciudadanía No. 1.015.406.734 de Bogotá D.C.  
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1015406734, funcionario(a) de ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/12/2022 hasta 30/11/2023 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS VENTINUEVE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS (\$2.229.045,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/12/2022 a la fecha.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado        |
|------------------|---------------|---------------------|
| 18463694         | 20221205      | \$ 159,285          |
| 19258420         | 20230105      | \$ 188,160          |
| 19258421         | 20230202      | \$ 188,160          |
| 19258422         | 20230321      | \$ 188,160          |
| 19258423         | 20230419      | \$ 188,160          |
| 19258424         | 20230506      | \$ 188,160          |
| 19258425         | 20230613      | \$ 188,160          |
| 19258426         | 20230716      | \$ 188,160          |
| 19258427         | 20230809      | \$ 188,160          |
| 19258428         | 20230911      | \$ 188,160          |
| 19258429         | 20231012      | \$ 188,160          |
| 19258430         | 20231109      | \$ 188,160          |
| <b>Total</b>     |               | <b>\$ 2,229,045</b> |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 5 días del mes de febrero de 2024.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan

Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13158855



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59932056

NUIP 1025080576



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 09 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código ABC

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: TORRES Segundo Apellido: SANTOFIMIO

Nombre(s): JUAN PABLO

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes SEPT Día 21 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 162399945

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANTOFIMIO SUAREZ ESTEFANIA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1015406734 de BOGOTA D.C. Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: TORRES PATIÑO CHRISTIAN ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1033757530 de BOGOTA D.C. Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES PATIÑO CHRISTIAN ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1033757530 de BOGOTA D.C. Firma: Alejandro Torres

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: Año 2020 Mes DCT Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: *[Firma]*

Reconocimiento paterno

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: \_\_\_\_\_

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. ROMO 151 FOLIO 253

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



|  |   |            |   |
|--|---|------------|---|
|  | <b>Certificado Médico</b>               |            |  |
|  | Informe seguridad y salud en el trabajo |            |   |
|  | <b>EMPRESA</b>                          |            |   |
|  |   | PARTICULAR |   |

|                             |                                 |                       |             |               |   |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------|---------------|---|
| <b>NO. CERTIFICADO</b>      | 1.191.470                       |                       |             |               |   |
| <b>CIUDAD</b>               | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S |                       |             |               |   |
| <b>FECHA</b>                | 20/04/2023                      | <b>TIPO DE EXAMEN</b> | PRE-INGRESO |               |   |
| <b>NO. DOCUMENTO</b>        | CC. 1.015.406.734               | <b>EDAD</b>           | 35          | <b>GENERO</b> | F |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> | SANTOFIMIO SUAREZ ESTEFANIA     |                       |             |               |   |
| <b>TIPO DE CARGO</b>        | ADMINISTRATIVO                  | <b>CARGO U OFICIO</b> | CONTRATISTA |               |   |

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>EXÁMENES REALIZADOS</b>                       |                        |
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO |                        |
| <b>CONCEPTO DE APTITUD</b>                       | <b>OTROS CONCEPTOS</b> |
| Apto sin restricciones para el cargo             | NA                     |

#### RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS

#### RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA EN EPS

#### Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo SANTOFIMIO SUAREZ ESTEFANIA identificado con CC No. 1.015.406.734. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

  
 Dra. Ely Suarez Naranjo  
 Médico Esp. Salud Ocupacional  
 U. del Rosario  
 R.M. 5050/09 Lic. SO 4000/16

Aspirante o trabajador



DRA.DORA ELSY SUAREZ NARANJO-RES.4000 10/04/2015 MD SST

CC. 1.015.406.734

SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: 744 6346 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA  
 www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com

