

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: DIANA CAROLINA ZAPATA CASTILLO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 52.718.333

CONTRATO No.: ADRES-CPS-326-2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con el trámite respuesta y revisión de los requerimientos y solicitudes adelantados por las personas naturales, jurídicas, entidades públicas o privadas, despachos judiciales y entes de control que versen sobre el procedimiento de verificación, reconocimiento y pago de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

LA SUMA DE: SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/C (\$6,530,312)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 87 N. 94 Q 17 Int 307

TELÉFONO: 3112009861



DIANA CAROLINA ZAPATA CASTILLO

FIRMA
C.C 52718.333

	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-326-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Diana Carolina Zapata Castillo		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heidy Patricia Parra Chavarro	Teléfono / Extensión	6014322760 / 1871
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con el trámite respuesta y revisión de los requerimientos y solicitudes adelantados por las personas naturales, jurídicas, entidades públicas o privadas, despachos judiciales y entes de control que versen sobre el procedimiento de verificación, reconocimiento y pago de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
Fecha de Inicio	8/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/12/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 21165 del 2/10/2024, Adición por valor de \$18.067.197 y prórroga hasta el 31/12/2024			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

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	Elaborar informes sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural inmersos en procesos judiciales.	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema.	No Aplica	N/A
2	Realizar acompañamiento, capacitaciones y unificar criterios a los auditores y analistas del grupo de Conceptos Técnicos, la Coordinación de Gestión de Reconocimientos y la Coordinación de GIVRA de la Dirección de Otras Prestaciones, así como la Oficina Asesora Jurídica.	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema.	No Aplica	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

3	Efectuar conceptos sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural incluidos procesos de reintegro de recursos por presuntas apropiaciones o reconocimientos sin justa causa.	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema.	No Aplica	N/A
4	Determinar hallazgos por la posible apropiación o reconocimientos sin justa causa sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural.	Durante el periodo no se evidenciaron presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	No Aplica	N/A
5	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.	Se apoya en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría correspondientes a 115 radicados.	Se realizan respuestas correspondientes en aplicativo ORFEO.	N/A
6	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema.	No Aplica	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

	por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.			
7	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registran las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría correspondientes a 115 radicados de acuerdo con las instrucciones definidas.	Se realizan respuestas correspondientes en aplicativo ORFEO.	N/A
8	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad 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 por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se cumple y reporta el registro las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría correspondientes a 115 radicados.	Se reporta mediante base de seguimiento de respuestas ubicado en la OneDrive.	N/A
9	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Capacitación: ASISTENCIA TÉCNICA – CLINICA DE FRACTURAS VITA SAS Fecha: 02/12/2024, 'de' 9:00 a 10:00 Capacitación: MESA CARTERA – ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO Fecha: 02/12/2024, 'de' 10:00 a 11:00 Capacitación: CAPACITACIÓN RADICACIÓN ELECTRÓNICA Fecha: 03/12/2024, 'de' 10:00 a 11:30 Capacitación: ACLARACIÓN GLOSAS DE AUDITORÍA Fecha: 10/12/2024, 'de' 9:00 a 10:30	Se asiste a reuniones por medio de la herramienta de teams y presencial.	N/A
10	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema	No Aplica	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

	Sistema General de Seguridad Social en Salud.			
11	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Durante el periodo no se ejecutaron actividades relacionadas con este tema	No Aplica	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
\$70.309.693	\$ 63.779.381	\$ 6.530.312	\$ 0	\$ 0

La ADRES cancelara al CONTRATISTA el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/C (\$6,530,312)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	82625107	\$ 328.200	1/11/2024	30/11/2024	12/12/2024
Pensión	82625107	\$ 420.100	1/11/2024	30/11/2024	12/12/2024
ARL	82625107	\$ 13.800	1/11/2024	30/11/2024	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: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

- 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.
- 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.
- A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

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

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	NA.
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.
En constancia, firmo:  Heidy Patricia Parra Chavarro Supervisor o interventor 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. 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-326-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Diana Carolina Zapata Castillo		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heidy Patricia Parra Chavarro	Extensión del Supervisor	6014322760 / 1871
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados jurídicos a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con el trámite respuesta y revisión de los requerimientos y solicitudes adelantados por las personas naturales, jurídicas, entidades públicas o privadas, despachos judiciales y entes de control que versen sobre el procedimiento de verificación, reconocimiento y pago de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
Fecha de Inicio	8/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	8/02/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 21165 del 2/10/2024, Adición por valor de \$18.067.197 y prórroga hasta el 31/12/2024			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$52.242.496
Valor adiciones	\$18.067.197
Valor total incluidas las adiciones	\$70.309.693
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$ 63.779.381
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$6.530.312
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	\$ 0
Valor a liberar	\$ 0
Valor liberado	\$ 0
Valor total ejecutado	\$70.309.693
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) como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
14-44-101203343	Cumplimiento de contrato	\$ 13,060,624.00	07/02/2024	30/04/2025
14-44-101203343	Cumplimiento de contrato	\$ 17,577,423.25	07/2/2024	30/06/2025

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 ☒

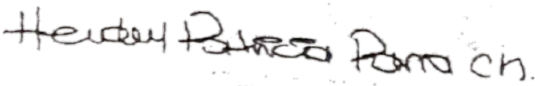
En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

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 08 de febrero de 2024 al 29 de febrero de 2024
 - b) Del período comprendido entre el 01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024
 - c) Del período comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 30 de abril de 2024
 - d) Del período comprendido entre el 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024
 - e) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2024 al 30 de junio de 2024
 - f) Del período comprendido entre el 01 de julio de 2024 al 31 de julio de 2024
 - g) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2024 al 31 de agosto de 2024
 - h) Del período comprendido entre el 01 de septiembre de 2024 al 30 de septiembre de 2024
 - i) Del período comprendido entre el 01 de octubre de 2024 al 31 de octubre de 2024
 - j) Del período comprendido entre el 01 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024
 - k) Del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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

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 acceso	☒	☐
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:  Heidy Patricia Parra Chavarro Supervisor (es)/Interventor (es)		
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52718333	DIANA CAROLINA ZAPATA CASTILLO		calle 87 # 94 Q 17	3112009861	dicazaca82@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82625107	\$814.700
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	327.500	0		0		0	3	700	0	328.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	419.200	0	0	0	0	3	900	0	420.100	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	13.700				13.700	3	100	13.800			137	13.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	52.400	3	200	52.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	327.500	328.200
Pensión	1	419.200	420.100
Riesgos Laborales	1	13.700	13.800
CCF	1	52.400	52.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	812.800	814.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52718333	DIANA CAROLINA ZAPATA CASTILLO		calle 87 # 94 Q 17	3112009861	dicazaca82@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82625107	\$814.700
					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	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	52718333	ZAPATA CASTILLO DIANA CAROLINA	59	0		N																			230301	2.620.000	419.200	0	0	0	0	EPS010	2.620.000	327.500	14-23	2.620.000	1	13.700	CCF22	2.620.000	52.400	0	0	0	0	0

PAGADA