

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/04/2025

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: LEIDY JOHANNA LOZANO PINZON

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1.016.036.314

CONTRATO No.: ADRES-CPS-444 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-125-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2025 HASTA: 31/03/2025

SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE (\$6.043.130)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 22 H 126-16

TELÉFONO: 3502058969

LEIDY LOZANO

FIRMA
C.C .1.016.036.314

	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-444-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY JOHANNA LOZANO PINZON		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO	Teléfono / Extensión	4322760
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-125-DOP.		
Fecha de Inicio	17/02/2025	Fecha de Terminación	16/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	01/03/2025	Hasta	31/03/2025
Adición y/o Prórroga	No Aplica			
Suspensión	No Aplica			
Cesión	No Aplica			

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	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 por atenciones en	Se realiza auditoria de los recobros correspondientes a: 1. BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 50001 DEL 03 AL 19 DE MARZO DE 2025 3117 RECOBROS	Se adjunta Excel archivo nombrado: 1.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 50001 DEL 03 AL 19 DE MARZO DE 2025	NA.

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

	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	2.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 31 DE MARZO 1618 RECOBROS	2.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 31 DE MARZO		
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.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	Se adjunta archivos anteriormente nombrados en la sección de Productos y/o Entregables, de la obligación contractual Número 1.	NA	
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen 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	Se cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de , 1.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 50001 DEL 03 AL 19 DE MARZO DE 2025 3117 RECOBROS 2.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 31 DE MARZO 1618 RECOBROS	Se adjunta Excel archivo nombrado: 1.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 50001 DEL 03 AL 19 DE MARZO DE 2025 2.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 31 DE MARZO	NA	
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 o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA	

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

	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			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	No se asiste a reuniones y capacitaciones programadas	NA	NA
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el trámite de los 1.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 50001 DEL 03 AL 19 DE MARZO DE 2025 3117 RECOBROS 2.BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 31 DE MARZO 1618 RECOBROS	NA	NA
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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA

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

LEIDY LOZANO

Firma del Contratista

Fecha: 01/04/2025

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

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)		Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$48.345.040	\$2.820.127,33	\$ 6.043.130	\$0	\$ 39.481.782,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE (\$ 6.043.130)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9483371402	\$302,200	1/03/2025	31/03/2025	25/03/2025
Pensión	9483371402	\$386,900	1/03/2025	31/03/2025	25/03/2025
ARL	9483371402	\$12,700	1/03/2025	31/03/2025	25/03/2025

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: NA

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

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

OBSERVACIONES	NA
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 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. <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.
En constancia, firmo:	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>Firmado por Heidy Patricia Parra Chavarro el 01/04/2025 a las 13:46:22 COT</p> <p>HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO Supervisor (es)/Interventor (es)</p> </div> </div> <p>En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.</p> <p>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2025</p>

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



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

Bogotá D.C., 01 de Abril de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
LEIDY JOHANNA LOZANO	1.016.036.314

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 7490, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-444-2025

Fecha de Inicio: 17-02-2025 Fecha de Terminación: 16-10-2025

Valor total del Contrato: \$48.345.040 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 6.043.130

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☐ NO ☒

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 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 (*)
TI	1011233118	DAFNE LUCIANA TORRES LOZANO	A

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.



CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
- c) 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, Obligación _____ de _____, según certificación del año gravable 2024; 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.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

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
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)
9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Firma: *LEIDY LOZANO*
LEIDY JOHANNA LOZANOPINZON
Cédula de ciudadanía No. 1.016.036.314 de
Bogotá Bogotá D.C., 01 de Abril de 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.011.233.118

TORRES LOZANO

APELLIDOS

DAFNE LUCIANA

NOMBRES

Dafne Luciano torres

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

10-JUN-2014

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUN-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

SEXO

30-AGO-2021 MOSQUERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

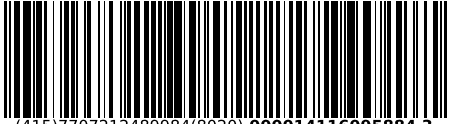
INDICE DERECHO



P-1516900-01253970-F-1011233118-20210907

0075518083A 1

8502766800

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141160958843			
				 (415)7707212489984(8020) 000014116095884 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 6 0 3 6 3 1 4		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 1 6 0 3 6 3 1 4			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido LOZANO		32. Segundo apellido PINZON		33. Primer nombre LEIDY		34. Otros nombres JOHANNA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal CL 20 A 18 B 23							
42. Correo electrónico LEIJOH091@GMAIL.COM							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 5 0 2 0 5 8 9 6 9		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 5 1 9		48. Código 		49. Fecha inicio actividad 	
50. Código 1 2		51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre LOZANO PINZON LEIDY JOHANNA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1016036314		LOZANO PINZON LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22h #116-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3502058969	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-03	2025-03	1359668223		9483371402	I	2025/04/03	2025/03/25	NEQUI	\$701,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,417,600	\$386,900			\$2,417,600	\$302,200			\$0	\$0			\$2,417,600	\$12,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,417,600	\$386,900			\$2,417,600	\$302,200			\$0	\$0			\$2,417,600	\$12,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,417,600	\$386,900			\$2,417,600	\$302,200			\$0	\$0			\$2,417,600	\$12,700		\$0	\$0	
1	CC	1016036314	LOZANO LEIDY	230201	30	\$2,417,600	\$386,900	EPS008	30	\$2,417,600	\$302,200		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,417,600	\$12,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,417,600	\$386,900			\$2,417,600	\$302,200			\$0	\$0			\$2,417,600	\$12,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016036314		LOZANO PINZON LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22h #116-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3502058969	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1359668223	9483371402	I	2025/04/03	2025/03/25	NEQUI	0	\$701,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$386,900	\$0	\$0	\$386,900	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$386,900	\$0	\$0	\$386,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,700	\$0	\$0	\$12,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,700	\$0	\$0	\$12,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$302,200	\$0	\$0	\$302,200	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$302,200	\$0	\$0	\$302,200	
TOTAL				1	\$701,800	\$0	\$0	\$701,800	