

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

Contrato No.	ADRES-CPS-152-2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YOLIMA RAMIREZ CUBIDES		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAYRA ALEJANDRA PEREZ BEJARANO	Teléfono / Extensión	1850
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.		
Fecha de Inicio	8/03/2020	Fecha de Terminación	30/06/2021

Periodo del Informe de Actividades	Desde	01/04/2021	Hasta	30/04/2021
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación	

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

1	<p>Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC, 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 para acreditar los requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes, generando conclusiones y resultados respecto al cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas</p>	<p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 25 recobros (25 ítems) correspondientes a la "CAPTURA DE PATOLOGIA".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 21 recobros (21 ítems) correspondientes a la "CONSOLIDADO REPS EN REVISION 05042021".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 5 recobros (5 ítems) correspondientes a la "CAPTURA DELA FECHA DEL EXAMEN DE LABORATORIO".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 1000 recobros (1000 ítems) correspondientes a la "bajos montos componente de prescripcion09-15".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 200 recobros (200 ítems) correspondientes a la "bajos montos componente de factura CAPTURA CUM".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 1250 recobros (1250 ítems) correspondientes a la "pequeños montos componente de prescripcion_cobertura16-22".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados a 131 recobros (131 ítems) correspondientes a la "pequeños montos componente de prescripcion_cobertura 23-29".</p> <p>Se efectuo la revisión y verificación de soportes aportados</p>	<p>Se anexa soporte de archivos en Excel.</p>	N/A
---	---	--	---	-----

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

		a 250 recobros (250 ítems) correspondientes a la "pequeños montos componente de prescripcion_cobertura 30 abril".		
2	<p>Efectuar la revisión y análisis de la aplicación de los criterios de auditoria al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, 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 para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación, lo anterior con respecto a lo auditado por los analistas del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas.</p>	<p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 25 recobros (25 ítems) pertenecientes a la "CAPTURA DE PATOLOGIA</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 21 recobros (21 ítems) pertenecientes a la "CONSOLIDADO REPS EN REVISION 0504202.</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 5 recobros (5 ítems) pertenecientes a la "CAPTURA DELA FECHA DEL EXAMEN DE LABORATORIO"</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 1000 recobros (1000 ítems) pertenecientes a la "bajos montos componente de prescripcion09-15".</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 200 recobros (200 ítems) pertenecientes a la "bajos montos componente de factura CAPTURA CUM".</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 1250 recobros (1250 ítems) pertenecientes a la</p>	Se anexa soporte de archivos en Excel.	N/A

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

		<p>"pequeños montos componente de prescripcion_cobertura16-22".</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 131 recobros (131 ítems) pertenecientes a la "pequeños montos componente de prescripcion_cobertura 23-29".</p> <p>Se efectuo revisión y análisis de soportes e información presentada a 250 recobros (250 ítems) pertenecientes a la "pequeños montos componente de prescripcion_cobertura 30 abril".</p>		
3	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en la proyección de conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	Se anexa soporte de archivos en Excel.	N/A
4	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
5	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
6	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A

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

7	Cumplir con 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.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones que le sean asignadas.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A
9	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de recobros y reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
10	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se efectúa participación a capacitaciones los días. Abril 06 10:00am Captura patología ehr. Abril 06 14:50pm Captura fecha de prueba confirmatoria. Abril 09 09:50am Paquete 3 pequeños montos Abril 09 08:30am Segunda entrega (8) paquete 3 pequeño montos Abril 19 09:00am Tiempos cobertura Abril 30 09:00am Seguimiento paquete 3 pequeños montos. Abril 30 17:00pm Revisión muestra calidad 16-22 de abril componente revisión.	Se anexa de soporte de archivos en PDF.	N/A
11	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron	N/A	N/A

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

	Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	actividades relacionadas con esta obligación		
12	Apoyar y brindar los insumos requeridos dentro del procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A

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

Yolima Ramirez

Firma del Contratista

Fecha: 3/05/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
18.618.340	3.568.515	4.654.585	0	10.395.240

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

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, CUATRO MILLONES SEICIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHETA Y CINCO PESOS M/CTE (\$4.654.585).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9418479795	\$175.000	08/03/2021	31/03/2021	16/04/2021
Pensión	9418479795	\$224.000	08/03/2021	31/03/2021	16/04/2021
ARL	9418479795	\$7.400	08/03/2021	31/03/2021	16/04/2021

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:

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención.

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 3/05/2021

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: YOLIMA RAMIREZ CUBIDES

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☒ **No.** 52.890.320

CONTRATO No.: ADRES-CPS-152_2021 de 2021

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por cobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/04/2021 **HASTA:** 30/04/2021

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SEICIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$4.654.585).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 1 a este # 44 - 30 Soacha

TELÉFONO: 3142012977

FIRMA
C.C 52.890.320

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
YOLIMA RAMIREZ CUBIDES	52.890.320

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

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 7230 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-152 2021

Fecha de Inicio: 08/03/2021 Fecha de Terminación: 30/06/2021

Valor inicial del Contrato: 18.618.340

Valor total del contrato: 18.618.340

Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: 4.654.585

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2021

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
- c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

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

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ 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 2019; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, artículo 2, numeral 1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2021

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

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

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de (\$ _____), (anexar 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,

Yolima Ramírez Cubides

Firma

Cédula de ciudadanía: 52.890.230

Bogotá D.C 03 de mayo de 2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52890320		RAMIREZ CUBIDES YOLIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 A ESTE #44-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9049892	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-03	2021-03	958075025		9418479795	I	2021/04/08	2021/04/16	BANCOLOMBIA	\$406,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,399,419	\$224,000			\$1,399,419	\$175,000			\$0	\$0			\$1,399,419	\$7,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,399,419	\$224,000			\$1,399,419	\$175,000			\$0	\$0			\$1,399,419	\$7,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,399,419	\$224,000			\$1,399,419	\$175,000			\$0	\$0			\$1,399,419	\$7,400		\$0	\$0	
1	CC 52890320	RAMIREZ YOLIMA	231001	23	\$1,399,419	\$224,000	EPS008	23	\$1,399,419	\$175,000		0	\$0	\$0	14-23	23	\$1,399,419	\$7,400	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,399,419	\$224,000			\$1,399,419	\$175,000			\$0	\$0			\$1,399,419	\$7,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52890320		RAMIREZ CUBIDES YOLIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 A ESTE #44-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9049892	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	958075025	9418479795	I	2021/04/08	2021/04/16	BANCOLOMBIA	8	\$406,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$224,000	\$0	\$0	\$224,000	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$224,000	\$0	\$0	\$224,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,400	\$0	\$0	\$7,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,400	\$0	\$0	\$7,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$175,000	\$0	\$0	\$175,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$175,000	\$0	\$0	\$175,000	
TOTAL				1	\$406,400	\$0	\$0	\$406,400	