No. 02-03 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA

BOGOTÁ ENERO 2024

Teniente Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director (E) Hospital Central Policía Nacional
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 96-7- 201096-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01 DE DICIEMBRE 2023**	**Hasta**	**30 DE DICIEMBRE DE 2023**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante Resolución número 182 del 21 de noviembre 2023, el señor Teniente Coronel JUAN PABLO BLANCO SIERRA, obrando en calidad de director (E) Hospital Central de la Policía, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la Terapeuta respiratoria Erika Montañez Ramírez.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 02-03

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**96-7- 201096-23**
Objeto del Contrato	LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL -TERAPEUTA RESPIRATORIO
Contratista	**GIL RUIZ MARIA ANTONIA**
Representante legal	
Valor inicial del contrato	$ 13.298.769,00
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Plazo de ejecución inicial	**CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**01 de NOVIEMBRE 2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	**15 de MARZO 2024**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en los términos del artículo 50 de la LEY 789 de 2002 en concordancia con el decreto 1703 de 2002, decreto 510 de 2003, ley 797de 2003, ley 828 de 2003 y ley 1122 de 2007, la cual se	SI	

constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados, siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres meses. De acuerdo con el artículo 1° de la ley 828 de 2003, el incumplimiento de estas obligaciones será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del control se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.	SI	Se relaciona número de planillas pagadas **71897953**, la cual corresponde al mes de OCTUBRE 2023

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Contrato sin presentar novedades a la fecha.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (75) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago del presente contrato se realizará dentro de los primeros 15 días de cada mes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL del mes inmediatamente anterior, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), se efectuará en MENSUALIDADES por un valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS **($ 2.955.282,00)** de acuerdo a la Resolución N° 300 del 24/06/2022 de la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 13.298.769,00	-
Valor total de las entregas	$ 5.910.564,00	44%
Valor total facturado	$ 5.910.564,00	44%
Valor facturado pendiente de pago	$ 7.388.205,00	56%
Valor pagado	$ 2.955.282,00	
Valor pendiente de entrega	$ 7.388.205,00	56%

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma Erika Montañez R

SM- 14 ERIKA MONTAÑEZ RAMÍREZ
Responsable Servicio Terapia Respiratoria Hospital Central
Supervisor de Contrato No. 96-7- 201096-23
hocen.demed@policia.gov.co
Telefono 580 44 01- ext. 2115

Ciudad y fecha:	Bogotá Diciembre 2023
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	No. 96-7- 201096-23
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	María Antonia Gil Ruiz
NIT del contratista:	CC. 51.846.923
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación servicios profesionales como profesional universitario asistencial-terapeuta respiratorio.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A.
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 13.298.769,00
Plazo de ejecución:	01/11/2023 al 15/03/2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Hospital Central de La Policía Nacional.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM- 14 Erika Montañez Ramírez Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria HOCEN

Fecha de entrega certificada:	Del: 1 al 22 de diciembre de 2023
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	CPS	$2.167.206,80	$2.167.206,80	N/A	$2.167.206,80

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
2	Diciembre 2023	$2.167.206,80		$2.167.206,80
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$2.167.206,80		$2.167.206,80

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Realizar procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidados intensivos, hospitalizados, consulta externa, urgencias, Hocas, traslados pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de pruebas de función pulmonar, y demás servicios del HOCEN donde se requiera

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Las pactadas en la cláusula No. __5__ actividades específicas para la prestación del servicio. Listadas en el informe de supervisión.	SI	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Erika Montañez

FIRMA DEL SUPERVISOR
SM-14 ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria

CUENTA DE COBRO N°2

Bogotá D.C Diciembre de 2023

HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
NIT. 830.067.597-4

DEBE A:

MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.846.923 expedida en Bogotá, la suma de $ 2.167.206,80 por concepto de las actividades desempeñadas del 1 al 22 de Diciembre de 2023 de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-201096-23** suscrito con el HOSPITAL CENTRAL para prestar mis servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIO

Favor consignar en la cuenta de Ahorros N°004800286660 del BANCO DAVIVIENDA de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

Bogotá D.C Diciembre de 2023

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MARIA ANTONIA GIL RUIZ, identificada con cédula de ciudadanía No 51.846.923 expedida en Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la **DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL BOGOTA**, además mi condición es de SI **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

Bogota Diciembre de 2023

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, MARIA ANTONIA GIL RUIZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía No.51,846,923 expedida en Bógota, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos laborales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 96-7-201096-23 con la Policia Nacional Direccion de Sanidad HOSPITAL CENTRAL.

VALOR A COTIZAR		**PLANILLA 71897953**	
HONORARIOS MENSUALES	2.955.282,00		2.955.282,00
BASE COTIZACION 40%	1.182.112.80		1.183.000,00
APORTE SALUD 12,5%	147.764,10	$	148.800,00
APORTE PENSION 16%	189.138,05	$	190.500,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	28.796,27	$	29.100,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51,846,923 expedida en Bógota
TELÉFONO: 3202768501

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51846923	MARIA ANTONIA GIL RUIZ	AV. CRA. 68 No.67c-24	00000000	magr9231@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	14/11/2023	71897953	$392.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	147.900	0		0		0	6	900	0	148.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	189.300	0	0	0	0	6	1.200	0	190.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	28.900				28.900	6	200	29.100			289	29.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.700	6	200	23.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	147.900	148.800
Pensión	1	189.300	190.500
Riesgos Laborales	1	28.900	29.100
CCF	1	23.700	23.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	389.800	392.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Ciudad y fecha:	Bogotá Diciembre 2023
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	No. 96-7- 201096-23
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	María Antonia Gil Ruiz
NIT del contratista:	CC. 51.846.923
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación servicios profesionales como profesional universitario asistencial-terapeuta respiratorio.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A.
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 13.298.769,00
Plazo de ejecución:	01/11/2023 al 15/03/2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Hospital Central de La Policía Nacional.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM- 14 Erika Montañez Ramírez Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria HOCEN

Fecha de entrega certificada:	Del: 23 al 30 de diciembre de 2023
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	CPS	$788.075, 20	$788.075, 20	N/A	$788.075, 20

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
3	Diciembre 2023	$788.075, 20		$788.075, 20
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$788.075, 20		$788.075, 20

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Realizar procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidados intensivos, hospitalizados, consulta externa, urgencias, Hocas, traslados pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de pruebas de función pulmonar, y demás servicios del HOCEN donde se requiera

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Las pactadas en la cláusula No. __5__ actividades específicas para la prestación del servicio. Listadas en el informe de supervisión.	SI	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

FIRMA DEL SUPERVISOR
SM-14 ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria

CUENTA DE COBRO N°3

Bogotá D.C Diciembre de 2023

HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
NIT. 830.067.597-4

DEBE A:

MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.846.923 expedida en Bogotá, la suma de $788.075,20 por concepto de las actividades desempeñadas del 23 al 30 de Diciembre del 2023 de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-201096-23** suscrito con el HOSPITAL CENTRAL para prestar mis servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIO

Favor consignar en la cuenta de Ahorros N°004800286660 del BANCO DAVIVIENDA de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

Bogotá D.C Diciembre de 2023

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MARIA ANTONIA GIL RUIZ, identificada con cédula de ciudadanía No 51.846.923 expedida en Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la **DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL BOGOTA**, además mi condición es de SI **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Atentamente,

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELEFONO: 3202768501

Bogota Diciembre de 2023

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, MARIA ANTONIA GIL RUIZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía No.51,846,923 expedida en Bógota, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos laborales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 96-7-201096-23 con la Policia Nacional Direccion de Sanidad HOSPITAL CENTRAL.

VALOR A COTIZAR		PLANILLA 71897953	
HONORARIOS MENSUALES	2.955.282,00		2.955.282,00
BASE COTIZACION 40%	1.182.112.80		1.183.000,00
APORTE SALUD 12,5%	147.764,10	$	148.800,00
APORTE PENSION 16%	189.138,05	$	190.500,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	28.796,27	$	29.100,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51,846.923 expedida en Bógota
TELÉFONO: 3202768501

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51846923	MARIA ANTONIA GIL RUIZ		AV. CRA. 68 No.67c-24	00000000	magr9231@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2023-10	2023-10	I	14/11/2023	71897953	$392.300	

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	147.900	0		0		0	6	900	0	148.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	189.300	0	0	0	0	6	1.200	0	190.500	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	28.900				28.900	6	200	29.100			289	29.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.700	6	200	23.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	147.900	148.800
Pensión	1	189.300	190.500
Riesgos Laborales	1	28.900	29.100
CCF	1	23.700	23.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	389.800	392.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información