	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CODIGO:	GH-JEFSA-FR-045
	FORMATO SOLICITUD DE PAGO JEFATURA SALUD FAC	VERSION No:	04
		VIGENCIA:	26-06-2024

EL SUSCRITO ORDENADOR DEL GASTO DELEGADO MEDIANTE RESOLUCION No 4223 DE 2022 DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL AUTORIZA Y CERTIFICA QUE LOS DOCUMENTOS AQUÍ RELACIONADOS Y ANEXOS, CUMPLEN CON TODOS LOS REQUISITOS PARA REALIZAR EL PAGO

DATOS BÁSICOS

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, 01 de noviembre de 2024			
PROVEEDOR	J. TECHMED SAS	C.C	NIT	900.812.131

ESTADO DE CUENTA		**CUENTA A CONSIGNAR**	
SALDO ANTERIOR	$ 91.830.935,00	BANCO	BANCO DAVIVIENDA
VALOR A PAGAR	$ 15.211.753,00	No CUENTA BANCARIA	474169998140
SALDO MENOS ESTA FACTURA	$ 76.619.182,00	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE
CONCEPTO DE PAGO	PAGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA LECTURA E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS		

DATOS SIIF NACIÓN

CDP:	**7424**
CONTRATO:	**082-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2024**
REGISTROPRESUPUESTAL:	**13324**
RECURSO	**10**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES**
LOS DEMÁS DOCUMENTOS DE ACUERDO A LA LISTA DE CHEQUEO DE ANEXOS PARA TRAMITE DE PAGO DE LA VIGENCIA	

CR. SANDRA MARCELA ZAMUDIO PRIETO

ORDENADOR DEL GASTO JEFSA

Elaboró: ANGELA MONTENEGRO CORONADO

Profesional de Defensa

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL	FECHA 28/10/2024
CONTRATO N°	082-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2024
FECHA SUSCRIPCIÓN	23-MAYO-2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA LECTURA E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS EN LAS SIGUIENTES MODALIDADES: TOMOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
FORMA DE PAGO	FORMA DE PAGO: LA NACION- MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. **RUBRO VALOR ADJUDICADO** A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SAUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES **$ 150.000.000,00** IMPUTACION PRESUPUESTAL / DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO / VALOR / CDP No. CTA PROG: 02 · SUBC SUBP: 02 · OBJG PROY: 02 · ORD SPRY: 009 · SUB ORD: 003 · ITEM · SUB ITEM · REC: 10 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SAUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES $ 150.000.000,00 7424 DE FECHA 21/01/2024 El contratista realizara facturación mensual con corte 20 de cada mes y presentara factura a la entidad, máximo a los siguientes 2 días después del corte, anexando los siguientes documentos: - Factura Original por valor total del Corte. - Certificación de pago de aportes a seguridad social y parafiscales suscrita por el Revisor Fiscal y/o Representante legal, según corresponda; y planillas de pago de seguridad social y parafiscales. Los demás requisitos y documentos que señale la ley, el reglamento, y en general los documentos del establecidos como soportes de la facturación dentro del proceso contractual El cargue de la facturación se realizará en la plataforma que determine el Ministerio de Hacienda, la misma será informada por el supervisor del contrato en acta de inicio. Notas: 1. El pago al Contratista se realizará previa presentación de la facturación, el acta de recibo a satisfacción suscrito por el Supervisor del Contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar. Por lo tanto, la Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato. 2. Para la realización de los pagos por parte del Ministerio de Defensa – Jefatura Salud FAC se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando a ello haya lugar, dentro de los últimos seis (06) meses. 3. Cuando de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, las personas jurídicas o las personas naturales empleadoras se encuentren exentas de realizar los aportes al SENA

	e ICBF deberán presentar certificación en donde se manifieste dicha situación la cual se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento. 4. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia. 5. El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
CONTRATISTA	J. TECHMED SAS
INTERVENTOR	N/A
SUPERVISOR	Mayor Araque Díaz Iván
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 150.000.000.00
PLAZO DE ENTREGA	31 - DICIEMBRE -2024
FECHA DE INICIO	29 - MAYO-2024
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	N/A
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE ENTREGA	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$150.000.000,00

En la ciudad de Bogotá en el Dispensario Médico Conjunto ARC-FAC el día 28 del mes de octubre de 2024, se reunieron el señor MY Araque Díaz Iván , en su calidad de supervisor por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC y el señor Javier Alberto Valenzuela Duarte Representante legal de la Empresa J. TECHMED SAS en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo parcial los servicios correspondientes al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.
Luego de adelantar la inspección a los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y las entregas se cumplieron dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1.EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, ESPECIFICACIONES Y OBLIGACIONES: ESPECIFICACIONES TECNICAS DE LOS SERVICIOS: Se realizaron un total de 260 lecturas de estudios de imágenes diagnósticas de Resonancia Magnética y 161 lecturas de estudios de imágenes diagnósticas de tomografía axial computarizada, durante el lapso del 21 de septiembre de 2024 al 20 de octubre de 2024, como se relaciona a continuación:	RECIBIDO A SATISFACCION SIN INCUMPLIMIENTOS.

ESTUDIO	CANTIDAD

Lecturas de Resonancia Magnética Nuclear	260	
Lecturas de Tomografía Axial Computarizada	161	

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	**N/A**	N/A

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES		
NO APLICA		
SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO		
DETALLE DEL PAGO	**VALOR**	**OBSERVACIONES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 150.000.000.00	
ADICIÓN	N/A	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 150.000.000.00	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL	$ 16.546.663.00	Factura FE734 del 02/07/2024 OP242890924 (25/07/2024)
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$ 11.022.186,00	Factura FE764 del 31/07/2024 OP 270583124 (14/08/2024)
TERCER PAGO PARCIAL	$ 14.074.568,00	Factura FE778 del 26/08/2024 OP 316027624 (11/09/2024)
CUARTO PAGO PARCIAL	$ 16.525.648,00	Factura FE802 del 26/09/2024 OP 373332024 del (10/10/2024)
QUINTO PAGO PARCIAL	$15.211.753,00	Factura FE 824 del 26 /10/ 2024
SALDO	**$ 76.619.182,00**	

ANEXOS

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	X
COPIA	PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	N/A
COPIA	Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación	X

COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

JAVIER ALBERTO VALENZUELA DUARTE

Firmado digitalmente por JAVIER ALBERTO VALENZUELA DUARTE
Fecha: 2024.10.28 10:50:04 -05'00'

JAVIER ALBERTO VALENZUELA DUARTE
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA J. TECHMED SAS

MY. IVAN ARAQUE DIAZ
SUPERVISOR

ELABORO: MY ARAQUE DIAZ IVAN

J TECHMED S.A.S.
NIT: 900.812.131-6
CRA 5 45 25
administrativo@jtechmed.com.co
TEL.
Bogotá D.C. - Colombia

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
REGIMEN COMUN
RETENEDORES DE IVA
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
18764047120926
8691

Lugar de entrega del bien y/o prestación del servicio: AV CARACAS 66 24 Bogotá D.C. Colombia
Fecha Entrega Bienes: 27/10/2024

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CLIENTE JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA		**O. COMPRA**		**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**	**FE824**
NIT / CC. 901440176-3 **TEL.** 3487030		**REMISIÓN**	N/A	**FECHA EMISIÓN**	26/10/2024 09:05:36
AV CARACAS 66 24		**PLAZO**		**FECHA VENCIMIENTO**	26/10/2024
Bogotá D.C. - Colombia					

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	U/M	P. UNITARIO	DCTOS	% IMP	VALOR IMP	SUB TOTAL
20221	1. [20221] LECTURA E INTERPRETACION DE RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE Y CONTRASTADA	260.0	94	38,770.00	0.00	IVA 0.0	0.00	10,080,200.00
20222	2. [20222] LECTURA E INTERPRETACION DE TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRASTADA	161.0	94	31,873.00	0.00	IVA 0.0	0.00	5,131,553.00
	TOTAL NRO LINEAS: 2							

OBSERVACIONES:
<#$15-01-11-097;Contrato082-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023;ivan.araque@fac.mil.co#$>

TOTAL BRUTO	$15,211,753.00
DESCUENTO	
IVA 0.00%	$0.00
TOTAL A PAGAR	**$15,211,753.00**

VALOR LETRAS : Quince Millones Doscientos Once Mil Setecientos Cincuenta Y Tres Peso

Medio de Pago: Instrumento no definido
Forma de Pago: Contado

TOTAL UNIDADES: 421

RECIBIDO **FECHA:** _____

NOMBRE: _____ **C.C:** _____

Firma y Sello

RESOLUCIÓN DIAN No.18764080214951 FECHA VIGENCIA DESDE 2024-09-25 HASTA 2026-09-25 NUMERACIÓN DEL No. FE801 AL FE2000

CUFE : a782e874efbc05f59a1bd77e3f07fa2ef9f3bfb5087d01d8101010aca65b9b283e0d45f4743d21505da9996985a94580

Tipo de Operación: Estándar-10

Fecha Validación DIAN: 2024-10-26 09:05:44-05:00

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Firma Digital:

xgnQxdOXetlekBoAfHznzy+8KED7RaNCsL/2FV8kz5RfBTaFLOCv/OqTwxKf3iDK2dDDRfVCr4WQdmDQsAqNp7sImtm1B11jfoQBl7nklPQgJf6iTblpK3dOr04grgCKG7iX4aUtuxzMyY5gU6LA5HlLqCrhwlqBxHNNpE6ueBT7EkUcW9c6dGqLKG3488roX8Pi1IxrNMlTLf6NVSZ1oaF9CikofuwTx8ulR9XabjVck5e6CoQ4q3xxArRUcQNmQfioHk7rGEAvUo8ZLxWykcMsi4YswQU5hvBrb0Wuz1Hxiy/Pies29zX+82jLF334Llwf6x8vGCJ3A77d+q2ZTg==

5ECER-2024-0139

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
J. TECHMED SAS
NIT. 900.812.131-6

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con los documentos que tuve para mi revisión y según los comprobantes contables observados para el periodo SEPTIEMBRE 2024, **J. TECHMED SAS** no contrató personal bajo ninguna modalidad, ya sea contractual o laboral, que generara la obligación de efectuar pagos por concepto de Aportes de Salud, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales, Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA.

La presente constancia se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 01 días del mes de octubre del año 2024, por solicitud de la Administración de **J. TECHMED SAS** con destino a quien interese.

Cordialmente,

JIMENEZ PEÑA CRISTIAN YAIR
Firmado digitalmente por JIMENEZ PEÑA CRISTIAN YAIR
Fecha: 2024.10.01 10:08:46 -05'00'

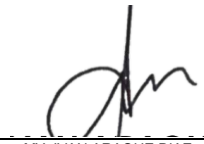
Cristian Jiménez
Revisor Fiscal
T.P. 206199-T
Miembro de 5E Sinergia Contable y Empresarial S.A.S.

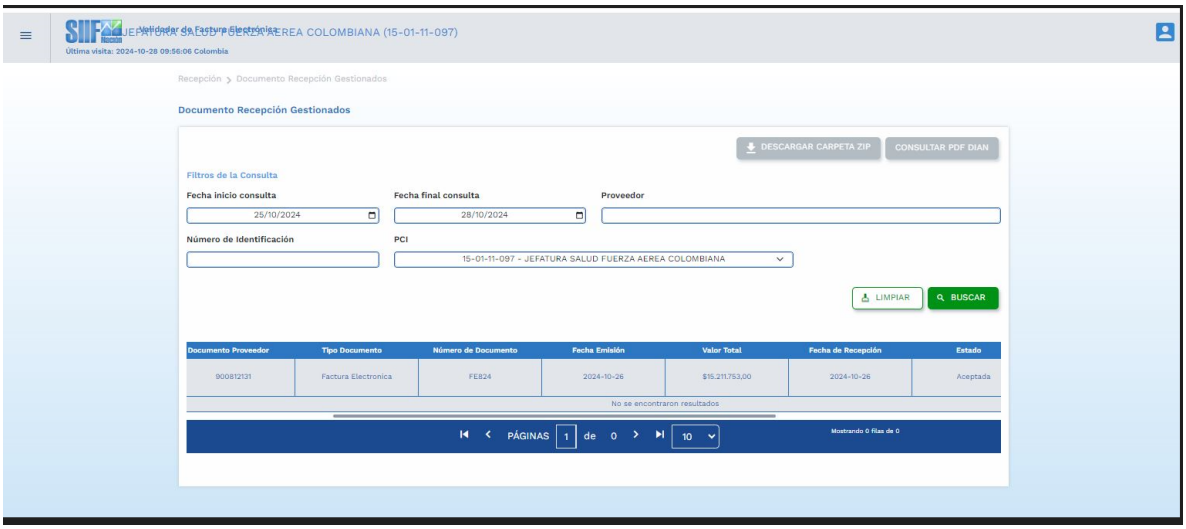
	FUERZA AÉREA COLOMBIANA		Código	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL		Versión No:	3
			Vigencia	30/08/2024

Jefatura o Unidad:	**JEFATURA SALUD FUERZA AEREA**
Nombre del Supervisor de Contrato	**MY. ARAQUE DIAZ IVAN**
Ordenador del Gasto	**CR. SANDRA MARCELA ZAMUDIO PRIETO**
No. Contrato	**082-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2024**
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA LECTURA E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS EN LAS SIGUIENTES MODALIDADES: TOMOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES**
Valor del contrato	**$ 150.000.000,00**
Adición	**NA**
Reducción	**NA**
Valor final del contrato	**$ 150.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN										USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR APROPIACION POR RUBRO
CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM 1	SUB ITEM 2	SUB ORD	RECURSO				
02	02	02	009	003					10		"SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES"	LECTURA E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS	**$ 150.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA 2024													**$ 150.000.000,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN PAGO	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL PARA PAGO	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	SALDOS
1	JULIO	N/A	DEL 29 DE MAYO AL 20 DE JUNIO DE 2024	A-02-02-02-009-003 REC 10	N/A	LECTURA E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS	$ 16.546.663,00	$ 16.546.663,00	$ 133.453.337,00
2	AGOSTO	N/A	DEL 21 DE JUNIO AL 20 DE JULIO DE 2024	A-02-02-02-009-003 REC 10	N/A	LECTURA E INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS	$ 11.022.186,00	$ 11.022.186,00	$ 122,431,151,00
3	SEPTIEMBRE	N/A	DEL 21 DE JULIO AL 20 DE AGOSTO DE 2024	A-02-02-02-009-003 REC 10	N/A	LECTURA E INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS	$ 14.074.568,00	$ 14.074.568,00	$ 108.356.583,00
4	OCTUBRE	N/A	DEL 21 DE AGOSTO AL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2024	A-02-02-02-009-003 REC 10	N/A	LECTURA E INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS	$ 16.525.648,00	$ 16.525.648,00	$ 91.830.935,00
5	NOVIEMBRE	N/A	DEL 21 DE SEPTIEMBRE AL 20 DE OCTUBRE DE 2024	A-02-02-02-009-003 REC 10	N/A	LECTURA E INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS	$ 15.211.753,00	$ 15.211.753,00	$ 76.619.182,00
TOTALES							**$ 73.380.818,00**	**$ 73.380.818,00**	**$ 76.619.182,00**

FIRMA	
(Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	MY. IVAN ARAQUE DIAZ
FECHA	28 DE OCTUBRE DE 2024


Validador de Factura Electrónica
JEFATURA SALUD FUERZA AEREA COLOMBIANA (15-01-11-097)
Última visita: 2024-10-28 09:56:06 Colombia
Recepción > Documento Recepción Gestionados
Documento Recepción Gestionados
DESCARGAR CARPETA ZIP
CONSULTAR PDF DIAN
Filtros de la Consulta
Fecha inicio consulta
25/10/2024
Fecha final consulta
28/10/2024
Proveedor
Número de Identificación
PCI
15-01-11-097 - JEFATURA SALUD FUERZA AEREA COLOMBIANA
LIMPIAR
BUSCAR
Documento Proveedor
Tipo Documento
Número de Documento
Fecha Emisión
Valor Total
Fecha de Recepción
Estado
900812131
Factura Electronica
FE824
2024-10-26
$15.211.753,00
2024-10-26
Aceptada
No se encontraron resultados
PÁGINAS 1 de 0
10
Mostrando 0 filas de 0

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-03, 03:13:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066349880

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 02/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA RUEDA		
Documento	CC1020764417	**Dirección**	CR 4 #79 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176610394
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020764417	MARIA ALEJANDRA RUEDA ROCHA	03	00										X							0	30	30	0	0	(230901) OLD MUTUAL SKANDIA	$ 18.051.947	$ 3.069.000	(EPS010) EPS SURA	$ 18.051.947	$ 2.256.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.325.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 18.051.947	$ 18.051.947	$ 0	$ 0	$ 3.069.000	$ 2.256.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.325.500	$ 0	$ 5.325.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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	1125999185	RICARDO ANTONIO SANCHEZ GALVIS	Calle 93 A 10 55 AP 304	3061324	asanchez.ricardo@gmail.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	
2024-09	2024-09	I	03/10/2024	80051957	$10.082.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	4.062.500	0		0		0	0	0	0	4.062.500	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.200.000	0	0	162.500	487.500	0	0		5.850.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	169.700				169.700	0	0	169.700			1.697	169.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	4.062.500	4.062.500
Pensión	1	5.850.000	5.850.000
Riesgos Laborales	1	169.700	169.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	10.082.200	10.082.200

PAGADA

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

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	1125999185	RICARDO ANTONIO SANCHEZ GALVIS		Calle 93 A 10 55 AP 304	3061324	asanchez.ricardo@gmail.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	
2024-09	2024-09	I	03/10/2024	80051957	$10.082.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1125999185	SANCHEZ GALVIS RICARDO ANTONIO	59	0			N																	230901	32.500.000	5.200.000	0	0	162.500	487.500	EPS001	32.500.000	4.062.500	14-7	32.500.000	1	169.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	1020726597	ADRIANA ALEXANDRA ALMARIO MUÑOZ	Carrera 21 #134a - 20 Apt 405	3147694933	adriana.almario@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	25/10/2024	81204390	$2.638.000	

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	1.096.700	0		0		0	2	1.600	0	1.098.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.403.700	0	0	43.900	43.900	2	2.100	200	1.493.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.800				45.800	2	100	45.900			458	45.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	1.096.700	1.098.300
Pensión	1	1.491.500	1.493.800
Riesgos Laborales	1	45.800	45.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.634.000	2.638.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020726597	ADRIANA ALEXANDRA ALMARIO MUÑOZ		Carrera 21 #134a - 20 Apt 405	3147694933	adriana.almario@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	25/10/2024	81204390	$2.638.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1020726597	ALMARIO MUÑOZ ADRIANA ALEXANDRA	59	0			N							X										230201	8.773.080	1.403.700	0	0	43.900	43.900	EPS010	8.773.080	1.096.700	14-11	8.773.080	1	45.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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