CxP 77624
Oblig 191424

PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE INFANTERIA N° 39 "SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2024842032503113**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR13-BISUM-ESM -29.25

Fusagasugá-Cundinamarca, 29 de noviembre de 2024

Señor Mayor
LUIS EDUARDO TORRES MARTINEZ
Ordenador Del Gasto Dispensario Médico Tolemaida
Kilometro 3 Via Panameriana Girardot

ASUNTO: Segundo Informe de Supervisión de SERVICIOS DE ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS Contrato Vigencia 2024

Respetuosamente me permito enviar a la Señora Teniente Coronel Directora del Dispensario Médico Tolemaida, el segundo informe de supervisión de odontología general y especializada Sonrisa sana IPS SAS con cargo al contrato vigencia 2024 Así:

No	NUMERO DE CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO CONTRACTUAL	VALOR INICIAL CONTRATO	VR. INFORME DE SUPERVISION
1	195	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL 10 – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES.	$ 80.000.000,00	$2.675.750

Lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,

SMSM. DORIS TRUJILLO ARTUNDUAGA
Supervisora Contrato No. 195 DMTOL-2024

DISPENSARIO MEDICO
DE TOLEMAIDA
FECHA: 03 DIC 2024
HORA: 17:01
SL 18 Alvarez
ORDENES
FIRMA DIRECTOR

Kilómetro 4 vía panamericana vereda la venta Fusagasugá vía Melgar.
Correo Electrónico bisum_esm@hotmail.com

PUBLICO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE INFANTERIA N° 39 "SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2024842032503863**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR13-BISUM-ESM -29.25

Fusagasugá-Cundinamarca, 29 de noviembre de 2024

Señor Mayor
LUIS EDUARDO TORRES MARTINEZ
Ordenador Del Gasto Dispensario Médico Tolemaida
Kilometro 3 Via Panameriana Girardot

ASUNTO: Autorización Pago Facturas Contrato 195 Vigencia 2024

Respetuosamente me permito enviar a la Señora Teniente Coronel Directora Dispensario Médico Tolemaida, autorice a quien corresponda el pago de las facturas de ODONTOLOGIA GENERALY ESPECIALIZADA SONRISAS SANA IPS SAS con cargo al contrato No 195 vigencia 2024 Así:

N	NUMERO DE CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO CONTRACTUAL	VALOR INICIAL CONTRATO	VR. INFORME DE SUPERVISION
1	195	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL10 – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES.	$ 80.000.000,00	$ 2.675.750

Lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,

SMSM. DORIS TRUJILLO ARTUNDUAGA
Supervisora Contrato No. 195-DMTOL-2024

PATRIA HONOR LEALTAD

Kilómetro 4 vía panamericana vereda la venta Fusagasugá vía Melgar.
Correo Electrónico bisum_esm@hotmail.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO	INFORME DE SUPERVISION N° 2	
	FECHA INFORME:	29 DE NOVIEMBRE DE 2024
CONTRATO Y/O ACUERDO N° 195-2024	FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:	23 DE AGOSTO DE 2024

1: INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL 10-DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES VIGENCIA 2024"

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ODONTOLOGIA GENERALY ESPECIALIZADA SORISA SANA IPS	NIT: 900281185-3	CUENTA CORRIENTE BANCO DAVIVIENDA N 356069995591

PLAZO DE EJECUCIÓN:	15-dic-24	LUGAR DE ENTREGA:	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
VALOR DEL CONTRATO VIGENCIA 2024 ESM FUSAGASUGA:	$ 80.000.000,00	EN LETRAS: OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE	

CXP	No.	SERVICIOS 2%	$	I.C.A.	$
OBLIGACION	No.	COMPRAS	$	R. I.V.A 15%	$

FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE PAGARA AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO, dentro de los 60 dias siguientes a la entrega de los servicios, previa facturacion y suscripcion de las actas de recibo con el visto bueno del supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelaran dentro de los treinta (30) dias habiles siguientes a la presentacion de la factura comercial en la oficina de presupuesto del DMTOL. asi mismo presentar el pago de parafiscales certificado por el gerente y/o contador, en caso de ser firmado por el contador, este debe presentarse con copia de la cedula, tarjeta profesional y certificacion vigente de la Junta Central de Contadores y el cumplimiento a los tramites administrativos a que haya lugar, expedicion de la obligacion y orden de pago del SIIF y una vez se encuentre aprobado el Programa Anual Mensualizado de la caja "PAC" y la situacion de los dineros por parte de la Direccion del Tesoro Nacional, contra las prestaciones del servicio requeridas por parte del establecimiento de sanidad militar DMTOL del Ejercito y demas tramites administrativos a que haya lugar.Los requisitos previos al pago que se deben cumplir son los siguientes:

a. Debera radicar la factura comercial con los soportes legales y tecnicos cuando haga la entrega de los bienes, en la Jefatura de Presupuesto del DMTOL del Ejercito.

b. La factura comercial debera cumplir con los requisitos señalados en el estatuto tributario.

c. La factura debera venir acompañada de la siguiente informacion: fecha de entrega de los bienes, factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, numero de contrato contra el cual se facturan los bienes entregados, recibo a satisfaccion expedido por el supervisor del contrato.

2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:23824	FECHA:	4-jul-24	VALOR: $ 80.000.000.00
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 26724	FECHA:	23-ago-24	VALOR: $ 80.000.000.00

3: MODIFICATORIOS

4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA	VALOR FRA ORIGINAL	VALOR INFORME A PAGAR FACTURA
1	02-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
2	02-10-2024	UNID	$ 144.000	$ 144.000	$ 144.000
3	02-10-2024	UNID	$ 337.000	$ 337.000	$ 337.000
4	02-10-2024	UNID	$ 330.000	$ 330.000	$ 330.000
5	02-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
6	02-10-2024	UNID	$ 295.000	$ 295.000	$ 295.000
7	02-10-2024	UNID	$ 260.000	$ 260.000	$ 260.000
8	02-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
9	03-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
10	03-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
11	03-10-2024	UNID	$ 42.000	$ 42.000	$ 42.000
12	03-10-2024	UNID	$ 295.000	$ 295.000	$ 295.000
13	03-10-2024	UNID	$ 295.000	$ 295.000	$ 295.000
14	03-10-2024	UNID	$ 467.750	$ 467.750	$ 467.750
				$ 2.675.750,00	$ 2.675.750,00

En Fusagasugá (Cundinamarca), el dia de 29 NOVIEMBRE de 2024, la Señora SMSM. DORIS CALAUDIATRUJILLO ARTUNDUAGA, en su calidad de supervisora, rinde el correspondiente informe de los servicios prestados a satisfacción en cumplimiento al objeto contractual descrito en el correspondiente contrato. Acorde a lo verificado previamente por la empresa de auditoria de cuentas Audintegral S.A. y lo autorizado por la Auditora concurrente Enfermera Jefe Contratada por el DMTOL.

El supervisor informa que las obligaciones contractuales se cumplieron en totalidad a tiempo entre el objeto contratado y los SERVICIOS recibidos, por esta razón no se realiza observación sobre los Servicios que se recibieron establecida por el contrato de conformidad por parte de la empresa.

5: RESUMEN DE POLIZAS

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO	POLIZA DE CUMPLIMIENTO: 14-44-101206420 RCE: N°. 14-40-101063541		

AMPAROS CUBIERTOS	PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS	VALOR	DESDE	HASTA
CALIDAD DEL SERVICIO	20%	$ 16.000.000	20-ago-24	15-abr-25
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	5%	$ 260.000.000	20-ago-24	15-dic-24
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20%	$ 16.000.000	20-ago-24	15-abr-25

FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 20-08-2024	FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 20-08-2024

6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	V/R CONTRATO	V/R CANCELADO	AUTORIZADO	SALDO
V/R CONTRATO 195-2024	$ 80.000.000,00		$ 80.000.000,00	$ 80.000.000,00
INFORME No. 1 DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 2024		$ 11.736.911,00	$ 11.736.911,00	$ 68.263.089,00
INFORME No. 2 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024		$ 2.675.750,00	$ 2.675.750,00	$ 65.587.339,00
INFORME No. 3 DEL			$ 0,00	$ 65.587.339,00
INFORME No. 4 DEL			$ 0,00	$ 65.587.339,00
INFORME No. 5 DEL			$ 0,00	$ 65.587.339,00
TOTAL	$ 80.000.000,00		$ 14.412.661,00	$ 65.587.339,00
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	18%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO		18%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS		82%

8: PAGOS EFECTUADOS

CONCEPTO DE PAGO Y FECHA:		VALOR PAGADO EN EL MES:	

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOSDE LA REGIONAL 10-DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDAY SUS SATELITES"

7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO	DEBE	HABER
V/R. CONTRATO 195-2024	$ 80.000.000,00	$ -
PRIMERA ADICION	$ -	$ -
REDUCCION PRESUPUESTO	$ -	$ -
VALOR FACTURADO	$ -	$ 14.412.661,00
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA	$ -	$ -
VALOR SALDO CONTRATO	$ -	$ 65.587.339,00
SUMAS IGUALES	$ 80.000.000,00	$ 80.000.000,00

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA	ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
1	INFORME No. 1	1	08 DE NOVIEMBRE DE 2024	N/A	$ 11.736.911,00
2	INFORME No. 2	2	29 DE NOVIEMBRE DE 2024		$ 2.675.750,00
					$ 14.412.661,00
				PORCENTAJE EJECUCIÓN FÍSICA %	18%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 195 DEL **DE NOVIEMBRE DE 2024** SE RECIBIO LOS SIGUIENTES LOTES DE FACTURAS AUDITADAS POR LA EMPRESA AUDITOOL. ACTA DE RESPUESTA GLOSA R000685

LOTES: CA000000050

9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCIÓN FINANCIERA **66%** EJECUCIÓN FISICA **18%**

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA	VALOR FRA ORIGINAL	VALOR GLOSA
				TOTAL GLOSA	$ -

10. ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS PARAFISCALES APORTADOS POR EL CONTRATISTA

SMSM. DORIS TRUJILLO ARTUNDUAGA

28 NOV. 2024

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CONSORCIO AUDITOOL 2024

ACTA DE RESPUESTA DE GLOSA
CON CONTRATO - CONTR 195-DMTOL-2024

IPS	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA		
NIT	900281185-3	ACTA No.	RG000685
DIRECCION	CL 20 N° 7 A - 51	UNIDAD REGIONALIZADORA	TOLEMAIDA
TELEFONO		UNIDAD SATELITE	TOLEMAIDA
MUNICIPIO	GIRARDOT - CUNDINAMARCA		

CANTIDAD FACTURAS	14,00
VL GLOSA INICIAL	2.675.750,00
VL A PAGAR	2.675.750,00
VL ACEPTADO IPS/PROVEEDOR	0,00
VL GLOSA RATIFICADA	0,00

LOTE	ID FACTURA	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL. ATENCION	FECHA GLOSA	VL. GLOSA INICIAL	DESCRIPCION CODIGO GLOSA RATIFICADA	VL ACEPTADO POR IPS / PROVEEDOR	VL LEVANTADO	DESCRIPCION CODIGO RESPUESTA GLOSA	OBSERVACIONES	VL GLOSA RATIFICADA	VL A PAGAR
CA000017236	332751	SSG	128859	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	42.000,00
CA000017236	332752	SSG	128858	144.000,00	01/11/2024	144.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	144.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACION SOLICITADA SEGUN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	144.000,00
CA000017236	332753	SSG	128860	337.000,00	01/11/2024	337.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	337.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO - MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	337.000,00
CA000017236	332754	SSG	128861	330.000,00	01/11/2024	330.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	330.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO - MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR	0,00	330.000,00

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CONSORCIO AUDITOOL 2024

ACTA DE RESPUESTA DE GLOSA
CON CONTRATO - CONTR 195-DMTOL-2024

IPS	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA			CANTIDAD FACTURAS	14,00
NIT	900281185-3	ACTA No.	RG000685	VL GLOSA INICIAL	2.675.750,00
DIRECCION	CL 20 N° 7 A - 51			VL A PAGAR	2.675.750,00
TELEFONO		UNIDAD REGIONALIZADORA	TOLEMAIDA	VL ACEPTADO IPS/PROVEEDOR	0,00
MUNICIPIO	GIRARDOT - CUNDINAMARCA	UNIDAD SATELITE	TOLEMAIDA	VL GLOSA RATIFICADA	0,00

LOTE	ID FACTURA	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL. ATENCION	FECHA GLOSA	VL. GLOSA INICIAL	DESCRIPCION CODIGO GLOSA RATIFICADA	VL ACEPTADO POR IPS / PROVEEDOR	VL LEVANTADO	DESCRIPCION CODIGO RESPUESTA GLOSA	OBSERVACIONES	VL GLOSA RATIFICADA	VL A PAGAR
											SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO - MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -		
CA000017236	332755	SSG	128862	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	42.000,00
CA000017236	332756	SSG	128863	295.000,00	01/11/2024	295.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	295.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	295.000,00
CA000017236	332757	SSG	128864	260.000,00	01/11/2024	260.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	260.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	260.000,00
CA000017236	332758	SSG	128865	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	42.000,00
CA000017236	332759	SSG	128867	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O	MUY BUENAS TARDES	0,00	42.000,00

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CONSORCIO AUDITOOL 2024

ACTA DE RESPUESTA DE GLOSA
CON CONTRATO - CONTR 195-DMTOL-2024

IPS ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA
NIT 900281185-3
DIRECCION CL 20 N° 7 A - 51
TELEFONO
MUNICIPIO GIRARDOT - CUNDINAMARCA

ACTA No. RG000685
UNIDAD REGIONALIZADORA TOLEMAIDA
UNIDAD SATELITE TOLEMAIDA

CANTIDAD FACTURAS	14,00
VL GLOSA INICIAL	2.675.750,00
VL A PAGAR	2.675.750,00
VL ACEPTADO IPS/PROVEEDOR	0,00
VL GLOSA RATIFICADA	0,00

LOTE	ID FACTURA	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL. ATENCION	FECHA GLOSA	VL. GLOSA INICIAL	DESCRIPCION CODIGO GLOSA RATIFICADA	VL ACEPTADO POR IPS / PROVEEDOR	VL LEVANTADO	DESCRIPCION CODIGO RESPUESTA GLOSA	OBSERVACIONES	VL GLOSA RATIFICADA	VL A PAGAR
							COMPLETA			DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -		
CA000017236	332760	SSG	128868	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACION SEGUN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	42.000,00
CA000017236	332761	SSG	128869	42.000,00	01/11/2024	42.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	42.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	42.000,00
CA000017236	332762	SSG	128870	295.000,00	01/11/2024	295.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	295.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	295.000,00
CA000017236	332763	SSG	128871	295.000,00	01/11/2024	295.000,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	295.000,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	295.000,00
CA000017236	332764	SSG	128872	467.750,00	01/11/2024	467.750,00	- 3_33_COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	0,00	467.750,00	- 9_99_SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	MUY BUENAS TARDES ANEXO DOCUMENTACIÓN SEGÚN GLOSA 333.SIN EVIDENCIA DE SOPORTE ODONTOGRAMA - SE LEVANTA GLOSA POR SERVICIO PRESTADO, SE ANEXA COPIA DEL RESPECTIVO ODONTOGRAMA QUE EVIDENCIA LA PRESTACION DEL SERVICIO -	0,00	467.750,00

28 NOV. 2024

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CONSORCIO AUDITOOL 2024

ACTA DE RESPUESTA DE GLOSA
CON CONTRATO - CONTR 195-DMTOL-2024

IPS	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA			CANTIDAD FACTURAS	14,00
NIT	900281185-3	ACTA No.	RG000685	VL GLOSA INICIAL	2.675.750,00
DIRECCION	CL 20 N° 7 A - 51			VL A PAGAR	2.675.750,00
TELEFONO		UNIDAD REGIONALIZADORA	TOLEMAIDA	VL ACEPTADO IPS/PROVEEDOR	0,00
MUNICIPIO	GIRARDOT - CUNDINAMARCA	UNIDAD SATELITE	TOLEMAIDA	VL GLOSA RATIFICADA	0,00

LOTE	ID FACTURA	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL. ATENCION	FECHA GLOSA	VL. GLOSA INICIAL	DESCRIPCION CODIGO GLOSA RATIFICADA	VL ACEPTADO POR IPS / PROVEEDOR	VL LEVANTADO	DESCRIPCION CODIGO RESPUESTA GLOSA	OBSERVACIONES	VL GLOSA RATIFICADA	VL A PAGAR
TOTAL				2.675.750,00		2.675.750,00		0,00	2.675.750,00			0,00	2.675.750,00

Analista Gestionó: Angela María Castillo López

FECHA RESPUESTA GLOSA POR IPS O PROVEEDOR: 05/11/2024

28 NOV. 2024

FECHA ENTREGA ACTA AL ESM O CENAC:

DEIVIS YANET MATURANA DIAZ
COORDINADOR DE RESPUESTA Y CONCILIACION
AUDITOR RESPONSABLE CONCILIACION
AUDITOOL

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FIRMA DE FUNCIONARIO ESM O CENAC QUE RECIBE
POSFIRMA AUX ADMON
CARGO

28-NOV-2024.

CONSORCIO AUDITOOL 2024
CRA 31 N° 40-89
3001593669
BUCARAMANGA
WWW.TOOL.COM.CO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C03CDB8FA6D6B115

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANGELICA MARIA MARIN CAMPOS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39567399 de GIRARDOT (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 70094-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 31 días del mes de Octubre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

GIRARDOT, CUNDINAMARCA, 08/11/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA I** con NIT **900.281.185-3** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 356069995591

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141008505491

(415)7707212489984(8020) 000014100850549 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 8 1 1 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA " SONRISA SANA IPS SAS "

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS SONRISA SANA IPS SAS	SS

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal
CL 20 7 A 51 BRR GRANADA

42. Correo electrónico endoluisa@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
3 1 3 2 8 2 0 6 2 8	8 8 8 4 9 0 1	3 1 1 4 4 7 8 2 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 9 0 4 2 8							2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5	9													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 59 - Autorretención especial renta
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	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
54. Código																							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 61. Fecha 2024 - 04 - 10 / 16 : 32: 10

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 CASTRO JIMENEZ DIEGO FERNANDO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-04-2024 04:00:56PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141008505491

(415)7707212489984(8020) **000014100850549 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 8 1 1 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	7 0 0	1
73. Fecha	2 0 0 9 0 4 1 4	2 0 1 5 1 1 0 3
74. Número de notaría	1	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 9 0 4 2 8	2 0 1 5 1 1 0 6
77. No. Matrícula mercantil	5 6 5 4 0	5 6 5 4 0
78. Departamento	2 5	2 5
79. Ciudad/Municipio	1 4	1 4

Vigencia

80. Desde	2 0 0 9 0 4 2 8
81. Hasta	2 0 2 9 0 4 1 3

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2	4 8	2 0 1 9 0 1 0 2		-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141008505491

(415)7707212489984(8020) 000014100850549 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 8 1 1 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Girardot	8

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 1 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 2 0 8 0 4 7 5 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTRO	JIMENEZ	DIEGO	FERNANDO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141008505491

(415)7707212489984(8020) **000014100850549 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 8 1 1 8 5	3	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS SONRISA SANA IPS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

165. Dirección: CALLE 20 NO 7 A -51

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 5 6 5 5 2	2 0 0 9 0 4 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 1 4 4 8 1 3 2 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2

162. Nombre del establecimiento: SONRISA SANA IPS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Melgar 4 4 9

165. Dirección: CL 6 24 22

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 0 1 2 1	2 0 1 9 0 9 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 1 4 4 7 8 2 5 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA	CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL / PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	25/11/2024	81980299	$8.841.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	364.000	0		0		0	3	800	0	364.800	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.600	0		0		0	3	400	0	151.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	432.800	0		0		0	3	1.000	0	433.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	260.900	0		0		0	3	600	0	261.500	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	123.700	0		0		0	3	300	0	124.000	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	64.000	0		0		0	3	200	0	64.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	3	500	0	208.500	1
230301	Porvenir	800224808-8	2.128.000	0	0	0	0	3	4.600	0	2.132.600	10
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.247.800	0	0	47.600	47.600	3	6.900	400	3.350.300	7

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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	351.400				351.400	3	800	352.200			3.514	352.200	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.396.000	3	3.000	1.399.000	18

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
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA		CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	25/11/2024	81980299	$8.841.900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.396.000	1.399.300
Pensión	3	5.679.000	5.691.400
Riesgos Laborales	1	351.400	352.200
CCF	1	1.396.000	1.399.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	8.822.400	8.841.900

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
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA	CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	25/11/2024	81980299	$8.841.900	

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	Exonerado	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	1005855501	RIVERA ROJAS MARIA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1010005312	CASTRO JIMENEZ MARIA CAMILA	1	0			S																	25-14	1.792.000	286.800	0	0	0	0	EPS037	1.792.000	71.700	14-29	1.792.000	2	18.800	CCF24	1.792.000	71.700	0	0	0	0	0
3	CC	1010014115	RODRIGUEZ CORRECHA MARIA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1017250785	ALDANA URREGO JUAN MATEO	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS041	1.600.000	64.000	14-29	1.600.000	2	16.800	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
5	CC	1020804759	CASTRO JIMENEZ DIEGO FERNANDO	1	0			S																	25-14	2.464.000	394.300	0	0	0	0	EPS005	2.464.000	98.600	14-29	2.464.000	2	25.800	CCF24	2.464.000	98.600	0	0	0	0	0
6	CC	1030547220	PUENTES MAYORGA YUDYTH HASLEIDY	1	0			S																	25-14	2.621.600	419.500	0	0	0	0	EPS017	2.621.600	104.900	14-29	2.621.600	2	27.400	CCF24	2.621.600	104.900	0	0	0	0	0
7	CC	1069719253	AVENDAÑO SARMIENTO VIRGINIA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	1070613277	GONZALEZ MENDOZA CAROLINA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
9	CC	1070622028	VACA NIETO LINDA VANESSA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
10	CC	1108456700	GALEANO MORALES NUBIA EMILIANI	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
11	CC	1108457576	RIVERA USMA KAREN	1	0			S	x																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	28732749	BARRIOS DUQUE MARTHA INES	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	39554335	LOZADA RAMIREZ CARMEN	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	39562147	JIMENEZ MONROY LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	9.520.000	1.523.200	0	0	47.600	47.600	EPS008	9.520.000	380.800	14-29	9.520.000	2	99.400	CCF24	9.520.000	380.800	0	0	0	0	0
15	CC	39572761	CIFUENTES SUAREZ ANGELA MILENA	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	39581718	CUBILLOS DEVIA YINI JOHANNA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
17	CC	39623146	GOMEZ DEVIA LUZ ESTELA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	2	13.600	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
18	CC	1069751123	PARRA RODRIGUEZ JENIFER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-29	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

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