No. GS-2025-029118-DISAN-HOCEN-DEQIR

BOGOTA, 01 DE ENERO DE 2025

Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 96-8-201458-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**30 DE DICIEMBRE 2024**	**Hasta**	**31 DICIEMBRE 2024**

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:

[1] ***Artículo 2.1.1.2.1.8.*** **Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*
Artículo 2.1.1.2.1.7. **Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

Mediante comunicación oficial GS-2024-102566-DISAN, el señor Coronel JUAN PABLO BLANCO SIERRA, obrando en calidad de Director Hospital Central de la Policía, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora Capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA.

- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: Mensual
- No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: **01**

1) Informe de supervisión del 30 al 31 de diciembre del 2024 sin radicado de presentación.

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**96-8-201458-24**
Objeto del Contrato	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL - GRUPO 18
Contratista	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO GUERRERO
Representante legal	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO GUERRERO
Valor inicial del contrato	El valor total del contrato asciende a la suma **CUATROCIENTOS TRES MILLONES DE PESOS ($403.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, de los cuales para la vigencia 2024 son **DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($233.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** y para la vigencia 2025 son **CIENTO SETENTA MILLONES DE PESOS ($170.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Plazo de ejecución inicial	**Seis (6) meses dos (2) días.**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**30 de diciembre de 2024.**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	**30 de junio 2025.**
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 U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

- La jefatura de la central de esterilización realiza reunión de manera presencial con la asesora comercial de la empresa para tratar temas con respecto al pedido y facturación de los insumos.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1.) cumplir el 100% objeto contractual en las condiciones establecidas en el presente contrato, estudios previos para contratos y sus anexos del proceso PN HOCEN SA 031 2024.	SI	NO APLICA
2.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NO APLICA

3.) Responder en los plazos que el HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NO APLICA
4.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	PAZ Y SALVO 23 DE DICIEMBRE DE 2024.
5.) El CONTRATISTA debe constituir en debida forma y aportar al Grupo de Contratos del Hospital Central de la Policía Nacional o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la GARANTÍA ÚNICA (póliza de seguros garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente establezca).	SI	NO APLICA
6.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NO APLICA
7.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA debe Informar de tal evento al Hospital Central de la Policía Nacional y a las autoridades competentes pare que se adopte las medidas necesarias.	SI	NO APLICA
8.) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NO APLICA
9.) cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, en la cual se incluye la Constitución Política de Colombia, el Decreto ley 2811 de 1974 "Por el cual se dicta el Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente." y las normas que lo modifiquen, Ley 9 de 1979 "Por la cual se dictan Medidas Sanitarias" y las normas que lo modifiquen, Decreto 3930 de 2010 "Por el cual se reglamenta parcialmente el Título I de la Ley 9ª de 1979, así como el Capítulo II del Título VI -Parte III- Libro II del Decreto-ley 2811 de 1974 en cuanto a usos del agua y residuos líquidos y se dictan otras disposiciones." y las normas que lo modifiquen, Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades." y las normas que lo modifiquen, artículos 20 y 21 del Decreto 1594 de 1984 "Por el cual se reglamenta parcialmente el Título I de la Ley 09 de 1979, así como el Capítulo II del Título VI - Parte III - Libro II y el Título III de la Parte III Libro I del Decreto 2811 de 1974 en cuanto a usos del agua y residuos líquidos." y las normas que lo modifiquen, Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", y las normas que lo modifiquen, Resolución 591 de 2024 "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades", Decreto 1076 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector ambiente y desarrollo sostenible" y las normas que lo modifiquen, Decreto 1077 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector vivienda, ciudad y territorio" y las normas que lo modifiquen, las normas universales de bioseguridad, relacionadas	SI	NO APLICA

con las obligaciones de cada persona para la conservación del ambiente, de los recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, segregación adecuada de residuos hospitalarios, y demás actividades que incluyan o relacione su actividad; además de las normas que las modifiquen, reglamenten y/o sustituyan.		
10.) Para la facturación del servicio contratado, El CONTRATISTA debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021, establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta.	SI	NO APLICA
11.) Garantiza la sostenibilidad de los precios para evitar el incremento de los mismos durante el tiempo que dure la ejecución del contrato.	SI	NO APLICA
12.) Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del suministro relacionado en el presente contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato incluyendo los impuestos.	SI	NO APLICA
13.) Cumplir con las Obligaciones señaladas en la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Decreto 723 de 2013, Circular Unificada de 2004 de la Dirección General de Riesgos Profesionales y demás normatividad que las modifiquen o deroguen.	SI	NO APLICA
14.) debe informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento, a fin de evitar sobre ejecución del objeto contractual. En consecuencia, el CONTRATISTA se compromete a no continuar suministrando los elementos objeto del presente contrato cuando se haya ejecutado la totalidad de los recursos asignados o una vez vencido el plazo de ejecución. La ejecución del contrato por fuera del extremo contractual o sin la existencia de recursos disponibles, no será pagada por la Entidad.	SI	NO APLICA
15.) Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte la actividad del mismo, el CONTRATISTA debe informar inmediatamente por escrito al supervisor de contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo, si es viable.	SI	NO APLICA
16.) El contratista acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 "Por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional".	SI	NO APLICA
17.) El contratista, debe cumplir con cada una de las condiciones técnicas previstas en el contrato.	SI	NO APLICA

18.) Las demás contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	

CUMPLIMIENTO CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Durante la ejecución del contrato debe mantener vigente el Registro del INVIMA, para cada uno de los elementos objeto del presente contrato.	SI	NO APLICA
2. Garantizar que los insumos objeto del presente contrato serán entregados en empaque resistente a la contaminación con el fin de evitar deterioro en el almacenaje y en la manipulación del mismo.	SI	NO APLICA
3. **Certificación de Fabricante, Distribuidor o Comercializador Autorizado**: EL CONTRATISTA debe mantener la certificación menor a un año de fabricante, distribuidor o comercializador autorizado de los insumos contratados, en la cual se pueda constatar la cadena de distribución y autorización del fabricante.	SI	NO APLICA
4.Cambiar los insumos objeto del presente contrato, de acuerdo a las necesidades del servicio y en un período no superior a (10) diez días calendario, y en el caso que el INVIMA ordene el retiro del mercado. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato previa autorización del Director del Hospital Central de la Policía Nacional sin costo alguno para la Entidad.	SI	NO APLICA
5. Efectuar el cambio de los insumos que presenten cualquier defecto, mala calidad o baja rotación una vez sean entregados en el almacén dentro de los (8) ocho días calendarios siguientes al requerimiento, sin costo alguno para el Hospital Central Policía Nacional. El cambio se solicitará por parte del supervisor de contrato del Hospital Central policía Nacional con previa solicitud al director del Hospital Central sin costo alguno.	SI	NO APLICA
6. Garantizar que las fechas de vencimiento de los insumos de la presente contratación será mínimo de un (1) año, contado a partir de la fecha de entrega de los mismos.	SI	NO APLICA
7. Efectuar el cambio de los insumos que tengan fecha de vencimiento próxima a tres meses, dentro de los 15 días calendario siguiente al requerimiento. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato previa autorización del Director del Hospital Central de la Policía Nacional sin costo alguno para la Entidad.	SI	NO APLICA
8. Mantener un stock de insumos mínimos de acuerdo a las necesidades del servicio, en forma oportuna por el tiempo que dure el contrato, según los requerimientos del supervisor al inicio del mismo.	SI	NO APLICA
9. Suministrar ficha técnica de los insumos contratados en la cual se debe especificar nombre del dispositivo médico, número de lote, registró sanitario INVIMA vigente.	SI	NO APLICA
10. Mantener durante la ejecución del contrato su no inclusión en el Registro Único de Infractores Ambientales –RUIA, de acuerdo a lo previsto en la Resolución 415 de 2010 expedida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; lo cuál será objeto de verificación por parte del supervisor.	SI	NO APLICA
11. El mantenimiento (preventivo y correctivo) de los equipos en apoyo tecnológico estará a cargo del contratista sin costo adicional para el Hospital	SI	NO APLICA

Central de la Policía Nacional, y en el caso de que persista el mal funcionamiento se solicitará cambio del y/o el equipo a través de requerimiento solicitado por el supervisor del contrato. En caso de que el mal funcionamiento y/o daño sea causado por el mal uso del equipo o instrumental por parte del personal de la institución, los costos del mantenimiento y/o arreglo serán asumidos por la entidad, previa verificación y concepto del grupo de ingenieros biomédicos del Hospital Central de la Policía Nacional.		
12. En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, EL CONTRATISTA debe dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, libro 2. Régimen reglamentario del sector trabajo parte 2. Reglamentaciones título 4. Riesgos laborales, capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, al igual que lo establecido en la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".	SI	NO APLICA
13. En el caso en que el contratista suministre algún equipo, insumo y/o repuesto deberá estar libre de mercurio en cumplimiento de la Resolución 0447 de 2018 y presentará el correspondiente soporte donde permita evidenciar su cumplimiento como manuales de fabricación y/o etiquetas. Por otro lado el contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental vigente relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico, manejo de sustancias químicas como son las siguientes: Constitución Política, Decreto Ley 2811 de 1974, Ley 99 de 1993, Ley 9 de 1979, Ley 253 de 1996, Ley 55 de 1993, Ley 430 de 1998, Decreto 2 de 1982, Decreto 1594 de 1984, Decreto 948 de 1995, Decreto 1575 de 2007, Decreto 3930 de 2010, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, Resolución 222 de 2011, Resolución 1223 de 2014, Resolución 631 de 2015, y demás que le apliquen, deroguen y/o modifiquen. Así como asumirá cualquier infracción o multa ambiental que se genere por conductas inseguras (vertimientos intencionales o accidentales de sustancias químicas, abandono de insumos o residuos sin etiquetas, retiro de residuos sin autorización, transporte de residuos en vehículos no autorizados, vehículos con emisiones atmosféricas representativas y demás que conduzcan a generar mayor impacto al medio ambiente o coloquen en riesgo la salud humana, que por ende representen incumplimiento normativo para el Hospital Central y en general para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional."	SI	NO APLICA
14. EL CONTRATISTA debe mantener su estado de afiliación activo durante la ejecución del contrato la cual será objeto de verificación por parte del supervisor del contrato.	SI	NO APLICA
15. Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, EL CONTRATISTA debe informar inmediatamente al supervisor del contrato y a la Dirección del Hospital con el fin de adelantar el trámite correspondiente.	SI	NO APLICA
16. cumplir con el objeto del contrato y efectuara el suministro de conformidad con las condiciones técnicas mínimas y garantías requeridas.	SI	NO APLICA
17. Guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios	SI	NO APLICA

de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.		
18. Cumplir con lo establecido en el artículo 1 de la ley 828 de 2003 en lo referente a la afiliación y aportes al sistema general de seguridad social de los profesionales por él contratados, así mismo debe certificar la afiliación a una ARL.	SI	NO APLICA
19. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato; así como sobre los lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de su desarrollo. El CONTRATISTA debe firmar un acuerdo de confidencialidad y no revelación de la información para lo cual deberá diligenciar el Formulario CARTA DE COMPROMISO – DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS.	SI	NO APLICA
20. Estar disponible con la documentación y soportes de todo lo mencionado anteriormente para las diferentes auditorias que realicen las entidades y autoridades ambientales y sanitarias del Hospital Central de la Policía Nacional.	SI	NO APLICA

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

NO APLICA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (02) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (181) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4.TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El Hospital Central de la Policía Nacional pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, en la ciudad de Bogotá D. C., de manera periódica, una vez entregados los insumos, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para los respectivos pagos, previa presentación de los siguientes documentos:

a. Factura electrónica acompañada de constancia de recibo de satisfacción técnico y económico (RAS - emitido por el supervisor del contrato) de los insumos suministrados.
b. Copia del RIT (Registro de información Tributaria), el cual deberá ser allegado únicamente para el primer pago.
c. Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.
d. Copia del certificado de importación expedido por la DIAN (únicamente cuando los insumos son de origen extranjero).
e. Alta del Almacén

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3. – punto 2 - parágrafo 1, que a la letra dice:
"El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.
La Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web.

PROCESO DE RECEPCIÓN DE FACTURAS

- Contratista o proveedor (emisor).
1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.
2. Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
3. Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma, según ejemplo: #$16-01-02-001;96-8-201457-24;hocen.esterilizacion@policia.gov.co;#$
4. Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.
5. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML).
6. Enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma, según ej: #$16-01-02-001;96-8-201457-24; hocen.estrilizacion@policia.gov.co;#$
7. La factura se debe direccionar a la entidad del PGN al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, siempre y cuando se diligencien los datos requeridos en el numeral 3 o en el numeral 6 o en los dos, y, de no registrarse dicha información en alguna de estas dos opciones, la factura será devuelta al correo registrado en el numeral 2, es decir, al correo electrónico registrado en los datos del emisor en el documento electrónico.

Los demás documentos en físico deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas del Hospital Central, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes, los pagos mensuales se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a

la disponibilidad de PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja) y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días hábiles de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS:

Una vez radicada la factura y entregados los insumos por parte del contratista, el supervisor del contrato expedirá el recibo a satisfacción técnico económico respectivo, con la periodicidad que se establezca en el plan de pagos durante la ejecución del contrato, debiendo enunciar en forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del negocio jurídico, lo anterior en cumplimiento de la resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional*" y Resolución 00021 del 08 de Marzo de 2019 "*Por la cual se establecen las instancias de apoyo para la contratación del Hospital Central de la Policía Nacional HOCEN*" y los artículos 83 y 84 de ley 1474 de 2011.

Nota 1 El Registro de Información Tributaria (RIT), es un requisito que constituye el mecanismo único para identificar, ubicar y clasificar las personas y entidades que tengan la calidad de contribuyentes, declarantes, agentes de retención, así como de los demás sujetos de obligaciones tributarias distritales respecto de los cuales ésta requiera su inscripción, por tal motivo aquellos que estén exonerados del mismo, deberán anexar la documentación que lo soporte.

Nota 2: Si el CONTRATISTA es un contribuyente del régimen tributario especial según el artículo 19 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 140 de la Ley 1819 de 2016, deberá anexar en cada cuenta de cobro copia de la certificación de la entidad encargada de su vigilancia o de la que haya concedido su personería jurídica, para no efectuar la liquidación de retención en la fuente por renta.

Nota 3: La certificación que expida para acreditar dicho requisito deberá ser suscrita por parte del contador y/o revisor fiscal según corresponda.

Si los documentos en referencia son devueltos por el Hospital Central de la Policía Nacional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, el Hospital Central de la Policía Nacional, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte del Hospital Central de la Policía Nacional y por consiguiente, no exime al contratista de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien suministrado o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Si el recibo a satisfacción no ha sido bien elaborado o no se acompaña a este de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregido el recibo a satisfacción o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 84412792288

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 403.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 232.801.980,00	58%
Valor total facturado	$ 232.801.980,00	58%
Valor facturado pendiente de pago	$ 170.198.020,00	42%
Valor pagado	$ 232.801.980,00	58%
Valor pendiente de entrega	$ 170.198.020,00	42%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado.

4.2 Entrada de Bienes

5.RECOMENDACIONES

- Cumplir con todas las obligaciones descritas en el contrato.

6. CONCLUSIONES

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_____
Capitán **NAYUDY GONZALEZ SIERRA**
Responsable servicio Central de esterilización HOCEN
Supervisor de Contrato No. **96-8-201458-24**
hocen.esterilización@policia.gov.co

Ciudad y fecha:	BOGOTÁ, 30 DE DICIEMBRE 2024
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: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: X Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	96-8-201458-24
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO
NIT del contratista:	C.C. 79952309
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL - GRUPO 18.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Vigencia 2024: $ 233.000.000,00 Vigencia 2025: $170.000.000,00
Plazo de ejecución:	30/06/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA Responsable de la Central de Esterilización del Hospital Central de la Policía

Fecha de entrega certificada:	30/12/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

UNIDAD	RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIOS RECIBIDOS	VALOR RECIBIDO	VALOR FACTU-RADO	VALOR A AMORTIZAR Y/O DESCONTAR *	VALOR A PAGAR
HOCEN	16	SUMINISTRO	$ 132.813.876,60	$ 132.813.876,60	N/A	$ 132.813.876,60

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
10018	30 de diciembre2024	$ 132.813.876,60		$ 132.813.876,60
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 132.813.876,60

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: 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 la prestación de los insumos relacionados cumple con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO SI__ NO__	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1.	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL - GRUPO 18.	SI	NINGUNA

DISTRIBUCIÓN DE PRESUPUESTO DEL CONTRATO POR RUBRO

DESCRIPCIÓN DEL INSUMO	RUBRO	VALOR A FACTURAR
ROPA QUIRURGICA TELA GRUPO 18.	02-02-01-002-007	$ 132.813.876,60

Capitán NAYUDY GONZÁLEZ SIERRA
Responsable de la central de esterilización
Hospital central de la Policía Nacional

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA JJGP10018

EQUIPOS BIOMÉDICOS Y REDES DE GASES MEDICINALES JJG
John Jairo Guerrero
Nit 79952309-2

GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO

NIT 79952309-2
Tipo de contribuyente: Persona Natural
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas - IVA
Actividades económicas: 4645
Municipio: Villavicencio (Meta)
Dirección: CALLE 15 NO 45 139
Correo: yogue11@hotmail.com
Teléfono: 3107695846

CUFE: 6c695496768171abc148d176622c645a4b51d89d91ad9c1937f3604ecbacfc08bca1afb1989d54d1587cb566cd82a461

Fecha de emisión
2024-12-30

Fecha y hora de autorización
2024-12-30 19:47:30

Prefijo
JJGP

Tipo de operación
Estandar

Fecha de vencimiento
2024-12-30

Medio de pago
Instrumento no definido

Forma de Pago
Contado

Orden de referencia
-

Adquiriente

Nombres y apellidos: HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Número de documento
NIT - 830067597-4

Tipo de persona
Persona Jurídica

Régimen fiscal
No responsable de IVA

Tipo de responsabilidad
R-99-PN (No aplica – Otros)

Departamento
Bogotá

Municipio
Bogotá, D.c.

Dirección
CARRERA 59 NO. 26-21 CAN

Teléfono

Correo
hocen.direc@policia.gov.co

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	P23017	VESTIDO QUIRURGICO UNIFORME ANTIFLUIDO MARCA INMARONI	10,00	UNIDAD	$217.389,07	0%	19%		$2.173.890,70
2	P23018	VESTIDO QUIRURGICO UNIFORME MANILA MARCA INMARONI	491,00	UNIDAD	$222.880,67	0%	19%		$109.434.408,97

Total Items: 2

Observaciones
-

Notas
CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA NO 84412792288 A NOMBRE DE JOHN JAIRO GUERRERO.

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$111.608.299,67**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$111.608.299,67**
Impuesto IVA (19%)	+	$21.205.576,93
Subtotal más impuestos	=	**$132.813.876,60**
Total deducciones	=	**$0,00**
Total a pagar	=	**$132.813.876,60**

Número de autorización: 18764076384400
Rango Autorizado: desde JJGP 10001 hasta JJGP 10050
Expedida: 2024-08-02 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2026-08-02

Firma Digital:
NCUBdp56fS0eXCNb9C/pkCF0LCw56XkInDEBwRJJNF3tQ5ejhCE9j4ekbNI29qoDdXYtgpEm11FLWqvoPWHPin2ViKVhYj4ulP3ScKR1pPvAE62+Vl
9IrHU2FWENTmupD9hQpx3ndDRNaa97dnS6C7UgPandBASZxrn9Qn+pWcqPFoHbVlpwZSWCRNP7UmewWzMxYnFH3Mz2Fdx2+2yA+Slqs54hs
BdUW4OloEFR4e3+etsH6UsOJM2PjWpxcN3+O6IPZMzAavcTTUmy5Khzh1COD5kR5YdqtJ12z3uEjKTEHle29Gw+q0rKdJGqunGs5NWWPdaMqh
Dp6w==

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 30 DIC 2024
NOMBRE
HORA 10:00
Recibo factura

CERTIFICACION DE PARAFISCALES

ANDRES HERRERA GUTIERREZ

CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002
SE CERTIFICA QUE:

Que el señor **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO** identificado con cedula de ciudadanía No 79.952.309 De Bogotá, se encuentra a **PAZ Y SALVO** con los pagos correspondientes a salud, Pensión, Riesgos profesionales y parafiscales efectuándose los correspondientes pagos de acuerdo a las nóminas de los últimos seis (6) meses calendario.

La presente certificación se expide a los 23 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

ANDRES HERRERA GUTIERREZ
T.P. 129.874-T
CONTADOR PÚBLICO

CALLE 47ª N 32-62 VILLAVICENCIO

TELÉFONO 671 49 59 CELULAR 311 440 42 62

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

09F822E75104566B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

VALIDO PARA:

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANDRES EDUARDO HERRERA GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86081894 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 129874-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

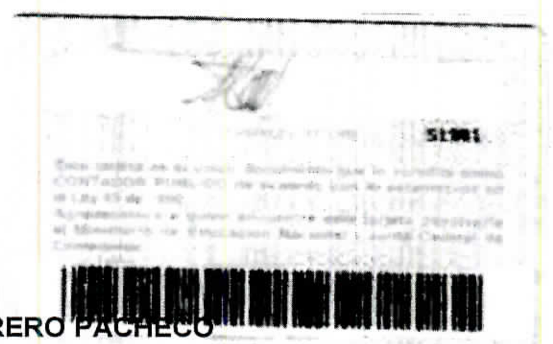
DIRECTOR GENERAL

JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO

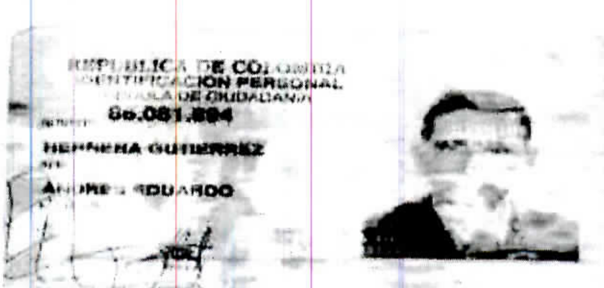
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

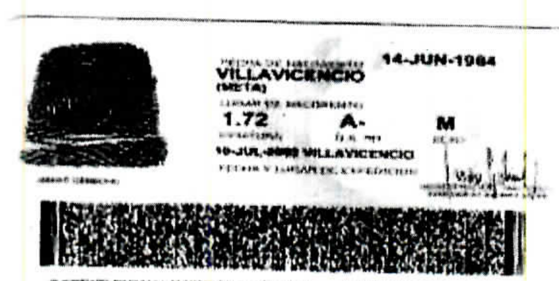
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado





JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO





compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO**, identificada con **CC** número **79952309**, aportó por **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO** identificado(a) con **CC** número **79952309** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 12 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TDA	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VGT	IRP	CORRECCION	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	57								X							0		30	$1,300,000	0.02000	$26,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0		30	$1,400,000	0.01044	$14,700	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0		30	$1,400,000	0.16000	$224,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0		30	$1,400,000	0.12500	$175,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.01044)	($14,700)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.01044	$93,900	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.16000)	($224,000)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.16000	$1,437,800	$45,000	$45,000	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.12500)	($175,000)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.12500	$1,123,300	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO

El presente certificado se expide a los **30** días del mes **Diciembre**de **2024**

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	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	
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82511391	$439.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	175.000	0		0		0	0	0	0	175.000	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	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	26.000	0	0	26.000	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	175.000	175.000
Pensión	1	224.000	224.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	439.700	439.700

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82511391	$439.700

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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X								230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	175.000	14-23	1.400.000	2	14.700	CCF34	1.300.000	26.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82511391	09/12/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	N	27/12/2024	82935320	$2.331.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	948.300	0		0		0	0	0	0	948.300	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 (INC + Proteccion)	800229739-0	1.213.800	0	0	45.000	45.000	0	0		1.303.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.200				79.200	0	0	79.200			792	79.200	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	948.300	948.300
Pensión	1	1.303.800	1.303.800
Riesgos Laborales	1	79.200	79.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.331.300	2.331.300

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
82511391	09/12/2024	N	27/12/2024	82935320	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12				$2.331.300	

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	Estudiante	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0				N							X								230201	8.986.241	1.437.800	0	0	45.000	45.000	EPS005	8.986.241	1.123.300	14-23	8.986.241	2	93.900	CCF34	1.300.000	26.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-09	2024-09	I	16/10/2024	81030287	$414.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	13	1.600	0	164.100	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	13	2.000	0	210.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.600				13.600	13	200	13.800			136	13.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	26.000	13	300	26.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	162.500	164.100
Pensión	1	208.000	210.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.800
CCF	1	26.000	26.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.100	414.200

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
2024-09	2024-09	I	16/10/2024	81030287	TOTAL A PAGAR	
					$414.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanitas	Sueldo	Retención	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF34	1.300.000	26.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81796359	$444.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	175.000	0		0		0	9	1.200	0	176.200	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	224.000	0	0	0	0	9	1.500	0	225.500	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	14.700				14.700	9	100	14.800			147	14.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	28.000	9	200	28.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	175.000	176.200
Pensión	1	224.000	225.500
Riesgos Laborales	1	14.700	14.800
CCF	1	28.000	28.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.700	444.700

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81796359	$444.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Multifon	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X									230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	175.000	14-23	1.400.000	2	14.700	CCF34	1.400.000	28.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO		CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2024-11	2024-11	I	22/11/2024	81946628	$419.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	166.300	0		0		0	0	0	0	166.300	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	212.800	0	0	0	0	0	0		212.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.900				13.900	0	0	13.900			139	13.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	26.000	0	0	26.000	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	166.300	166.300
Pensión	1	212.800	212.800
Riesgos Laborales	1	13.900	13.900
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	419.000	419.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-11	2024-11	I	22/11/2024	81946628	$419.000	

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	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X									230201	1.330.000	212.800	0	0	0	0	EPS005	1.330.000	166.300	14-23	1.330.000	2	13.900	CCF34	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

HOSPITAL CENTRAL POLICÍA NACIONAL

Recepción de bienes No. 1

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C 30 de Diciembre de 2024
Hora: 07:00 horas
Lugar: Almacén HOCEN Montevideo

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 07:00 horas del día 30 del mes Diciembre del año 2024, se reúnen en la Central de esterilización, los señores, Capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA jefe servicio de Esterilización – Supervisor Contrato, 96-8-201458-24, y JOHN JAIRO GUERRERO INGENIERO BIOMÉDICO identificado CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 79´952.309 expedida en la ciudad de Bogotá, actuando en representación propia. con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. 96-8-201458-24, suscrito con JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO.

Contrato No. 96-8-201458-24

Plazo de ejecución del contrato hasta el 30 de junio de 2025
Cumplió: SI__X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL -GRUPO 18.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO ETC.)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	VESTIDO QUIRÚRGICO (Uniforme antifluido) MARCA: INMARONI	10	N/A	$ 217.389	$ 2´173.890,70
2	VESTIDO QUIRÚRGICO (Uniforme manila) MARCA: INMARONI	491	N/A	$ 222.881	$ 109´434.408,97
			SUBTOTAL		$ 111´608.299,67
			IVA		$ 21´205.576,93
			TOTAL		$ 132´813.876,60

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE	GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA	No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN	DESCRIPCION DEL BIEN	CANTIDAD

- Entrega Parcial: SI _X__ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_____ NO ___X___,Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

Página 3 de 3	PROCEDIMIENTO: REALIZAR ENTRADA Y SALIDA DE BIENES EN LOS ALMACENES	POLICÍA NACIONAL
Código: 1LA-FR-0140		
Fecha: 08/05/2012	FORMATO DE RECEPCIÓN DE BIENES	
Versión: 0		

REQUIERE INFORME DE INSPECCION:	SI		NO	x	NÚMERO
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	SI		NO	x	NÚMERO

CTO. 96-8-201458-2 JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO . FACT. JJGP 10018

ASISTENTES				
GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
CT	NAYUDY GONZALEZ SIERRA	DEPARTAMENTO DE ESTERILIZACION	JEFE DEPARTAMENTO DE ESTERILIZACION/ SUPERVISOR DEL CONTRATO	
ING.	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	JOHN GUERRERO .	REPRESENTANTE LEGAL	

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

FECHA	TIPO DE INSUMO		NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	No LOTE	REGISTRO SANITARIO INVIMA	TIPO DE RIESGO	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	PROVEEDOR	No DE FACTURA	No DE CONTRATO	RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO
	EACTIVO	DISPOSITIVO MEDICO											
30/12/2024		X	N/A	VESTIDO QUIRURGICO Uniforme antifluido MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	10,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10018	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	VESTIDO QUIRURGICO Uniforme manila MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	491,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10018	96-8-201458-24	JHON GUERRERO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE Capitan. NAYUDY GONZALEZ SIERRA

C.C. DE:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:30/12/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 15 45 139 CA C12 HACIENDA EL TRAPICHE 1 Teléfonos: 3508090070

Dirección electrónica: yogue11@hotmail.com Ciudad: VILLAVICENCIO Municipio: META

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 21/09/2010

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/09/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 4290 - Construcción de otras obras de ingeniería civil

Actividad 2: 46451 - Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales

Actividad 3: 4659 - Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

Ciudad y fecha:	BOGOTÁ, 30 DE DICIEMBRE 2024
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: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: X Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	96-8-201458-24
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO
NIT del contratista:	C.C. 79952309
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL - GRUPO 18.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Vigencia 2024: $ 233.000.000,00 Vigencia 2025: $170.000.000,00
Plazo de ejecución:	30/06/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA Responsable de la Central de Esterilización del Hospital Central de la Policía

Fecha de entrega certificada:	30/12/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	

UNIDAD	RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIOS RECIBIDOS	VALOR RECIBIDO	VALOR FACTU-RADO	VALOR A AMORTIZAR Y/O DESCONTAR *	VALOR A PAGAR
HOCEN	16	SUMINISTRO	$ 99.988.103,40	$ 99.988.103,40	N/A	$ 99.988.103,40

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
10019	30 de diciembre2024	$ 99.988.103,40		$ 99.988.103,40
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 99.988.103,40

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: 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 la prestación de los insumos relacionados cumple con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO SI__ NO__	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1.	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL - GRUPO 18.	SI	NINGUNA

DISTRIBUCIÓN DE PRESUPUESTO DEL CONTRATO POR RUBRO

DESCRIPCIÓN DEL INSUMO	RUBRO	VALOR A FACTURAR
ROPA QUIRURGICA TELA GRUPO 18.	02-02-01-002-007	$ 99.988.103,40

Capitán NAYUDY GONZÁLEZ SIERRA
Responsable de la central de esterilización
Hospital central de la Policía Nacional

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA JJGP10019

EQUIPOS BIOMÉDICOS Y REDES DE GASES MEDICINALES JJG

John Jairo Guerrero

Nit 79952309-2

GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO

NIT 79952309-2
Tipo de contribuyente: Persona Natural
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas – IVA
Actividades económicas: 4645
Municipio: Villavicencio (Meta)
Dirección: CALLE 15 NO 45 139
Correo: yogue11@hotmail.com
Teléfono: 3107695846

CUFE: c0c63c3b77eae38ea46a49c6a5bc7289c238f63627305254482bfea3cd041049796854d263ed5da152a41363e7cd636e

Fecha de emisión
2024-12-30

Fecha y hora de autorización
2024-12-30 20:10:14

Prefijo
JJGP

Tipo de operación
Estandar

Fecha de vencimiento
2024-12-30

Medio de pago
Instrumento no definido

Forma de Pago
Contado

Orden de referencia
-

Adquiriente

Nombres y apellidos: HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Número de documento
NIT - 830067597-4

Tipo de persona
Persona Jurídica

Régimen fiscal
No responsable de IVA

Tipo de responsabilidad
R-99-PN (No aplica – Otros)

Departamento
Bogotá

Municipio
Bogotá, D.c.

Dirección
CARRERA 59 NO. 26-21 CAN

Teléfono

Correo
hocen.direc@policia.gov.co

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	P03079	BATAS QUIRURGICAS MARCA INMARONI	82,00	UNIDAD	$183.847,00	0%	19%		$15.075.454,00
2	P03080	CAMPO GENERAL MARCA INMARONI	62,00	UNIDAD	$198.800,00	0%	19%		$12.325.600,00
3	P03081	CAMPO DE OJO MARCA INMARONI	50,00	UNIDAD	$200.480,67	0%	19%		$10.024.033,50
4	P03082	CAMPO DE ORGANO MARCA INMARONI	50,00	UNIDAD	$198.800,00	0%	19%		$9.940.000,00
5	P06010	FUNDA DE MAYO MARCA INMARONI	40,00	UNIDAD	$138.680,67	0%	19%		$5.547.226,80
6	P20033	SABANA QUIRURGICA MARCA INMARONI	92,00	UNIDAD	$199.640,00	0%	19%		$18.366.880,00
7	P03083	CAMPO DE PIEL MARCA INMARONI	60,00	UNIDAD	$87.607,56	0%	19%		$5.256.453,60
8	P17008	POLAINAS MATERNAS MARCA INMARONI	55,00	UNIDAD	$71.125,00	0%	19%		$3.911.875,00
9	P06011	FUNDA INTENSIFICADOR MARCA INMARONI	20,00	UNIDAD	$96.680,67	0%	19%		$1.933.613,40
10	P09010	INMOVILIZADOR MARCA INMARONI	20,00	UNIDAD	$82.124,00	0%	19%		$1.642.480,00

Total Items: 10

Observaciones
-

Notas
CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA NO 84412792288 A NOMBRE DE JOHN JAIRO GUERRERO.

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$84.023.616,30**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$84.023.616,30**
Impuesto IVA (19%)	+	$15.964.487,10
Subtotal más impuestos	=	**$99.988.103,40**
Total deducciones	=	**$0,00**
Total a pagar	=	**$99.988.103,40**

Número de autorización: 18764076384400
Rango Autorizado: desde JJGP 10001 hasta JJGP 10050
Expedida: 2024-08-02 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2026-08-02
Firma Digital:
DAS+izVMTKnYp/4Wb+GsHGUjHWjqCqaX/TKBCLHhetUvTbaWcfdM4ku9cB1V4mVzrYq5gtrALnhyUYCv1vB7sxqpry35p3xiILdoWCDQ9GEP+TpN

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA JJGP10019

EQUIPOS BIOMÉDICOS Y REDES DE GASES MEDICINALES

John Jairo Guerrero

Nit 79952309-2

GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO

NIT 79952309-2
Tipo de contribuyente: Persona Natural
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas – IVA
Actividades económicas: 4645
Municipio: Villavicencio (Meta)
Dirección: CALLE 15 NO 45 139
Correo: yogue11@hotmail.com
Teléfono: 3107695846

n40QqefOurCyF5BDbQ-I7uAISPkΣ1MzM5UuS9H4r87NJT/UWWVjbU4JpfleJPLA5F0sXnOs9C1k9rsGKi40PSeounw5L40lzLuGuhnMHTbt3pIxKeKEQCd
R5k11IHVBTp6CnGs52g9aOvmqqkx1nJ9k57Q2Hshj+msneUO2xv5lejSZM7cr7gJpX9T3VLayDL0m/mXZjVPW4e601RocdRS8L5RXbPwGYTraac1
TQ==

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 30 DIC 2024
NOMBRE
HORA 20:18

Recibo factura

CERTIFICACION DE PARAFISCALES

ANDRES HERRERA GUTIERREZ

CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002
SE CERTIFICA QUE:

Que el señor **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO** identificado con cedula de ciudadanía No 79.952.309 De Bogotá, se encuentra a **PAZ Y SALVO** con los pagos correspondientes a salud, Pensión, Riesgos profesionales y parafiscales efectuándose los correspondientes pagos de acuerdo a las nóminas de los últimos seis (6) meses calendario.

La presente certificación se expide a los 23 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

ANDRES HERRERA GUTIERREZ
T.P. 129.874-T
CONTADOR PÚBLICO

CALLE 47ª N 32-62 VILLAVICENCIO

TELÉFONO 671 49 59 CELULAR 311 440 42 62

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0 3 F B 2 2 E 7 5 1 0 4 5 6 6 B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

VALIDO PARA:

CERTIFICA A QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANDRES EDUARDO HERRERA GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86081894 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 129874-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

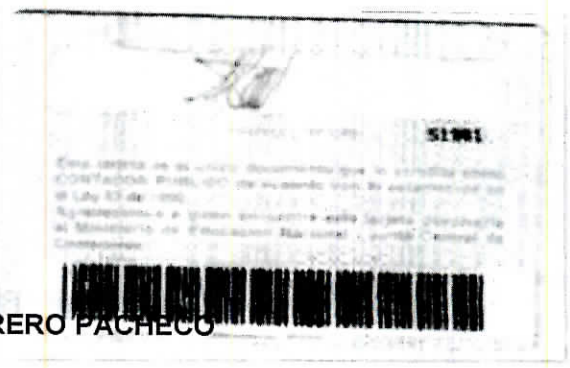
Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO

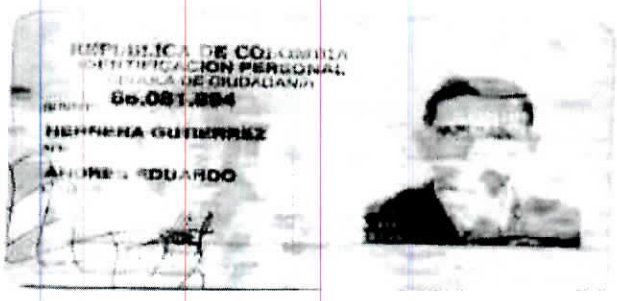
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

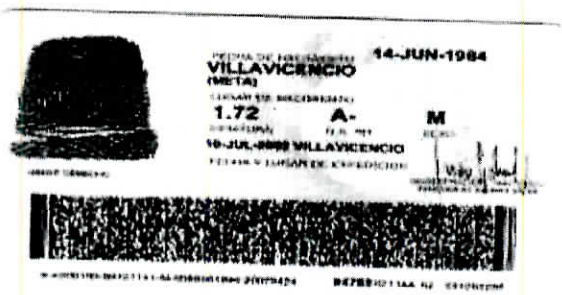
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado





JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO





compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO**, identificada con **CC** número **79952309**, aportó por **JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO** identificado(a) con **CC** número **79952309** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 12 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	57								X							0		30	$1,300,000	0.02000	$26,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0		30	$1,400,000	0.01044	$14,700	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0		30	$1,400,000	0.16000	$224,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0		30	$1,400,000	0.12500	$175,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82511391	09/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.01044)	($14,700)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.01044	$93,900	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.16000)	($224,000)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.16000	$1,437,800	$45,000	$45,000	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0	A	30	($1,400,000)	(0.12500)	($175,000)	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0	C	30	$8,986,241	0.12500	$1,123,300	$0	$0	Diciembre - 2024	82935320	27/12/2024	NO

El presente certificado se expide a los **30** días del mes **Diciembre**de **2024**

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82511391	$439.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	175.000	0		0		0	0	0	0	175.000	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	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	26.000	0	0	26.000	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	175.000	175.000
Pensión	1	224.000	224.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	439.700	439.700

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO		CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

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	
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82511391	$439.700	

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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X								230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	175.000	14-23	1.400.000	2	14.700	CCF34	1.300.000	26.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO		CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82511391	09/12/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	N	27/12/2024	82935320	$2.331.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	948.300	0		0		0	0	0	0	948.300	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	1.213.800	0	0	45.000	45.000	0	0		1.303.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.200				79.200	0	0	79.200			792	79.200	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	948.300	948.300
Pensión	1	1.303.800	1.303.800
Riesgos Laborales	1	79.200	79.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.331.300	2.331.300

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82511391	09/12/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	N	27/12/2024	82935320	$2.331.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Rubilso	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INGR	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X									230201	8.986.241	1.437.800	0	0	45.000	45.000	EPS005	8.986.241	1.123.300	14-23	8.986.241	2	93.900	CCF34	1.300.000	26.000	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
CC	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO		CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

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	16/10/2024	81030287	$414.200	

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	Estudiante	IGE	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600	CCF34	1.300.000	26.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81796359	$444.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	175.000	0		0		0	9	1.200	0	176.200	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 + Protaccion)	800229739-0	224.000	0	0	0	0	9	1.500	0	225.500	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	14.700				14.700	9	100	14.800			147	14.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	28.000	9	200	28.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	175.000	176.200
Pensión	1	224.000	225.500
Riesgos Laborales	1	14.700	14.800
CCF	1	28.000	28.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.700	444.700

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / IPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81796359	$444.700

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	Residente	IRO	INET	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X								230201	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	175.000	14-23	1.400.000	2	14.700	CCF34	1.400.000	28.000	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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
2024-11	2024-11	I	22/11/2024	81946628	TOTAL A PAGAR	
					$419.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	166.300	0		0		0	0	0	0	166.300	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	212.800	0	0	0	0	0	0		212.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.900				13.900	0	0	13.900			139	13.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	26.000	0	0	26.000	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	166.300	166.300
Pensión	1	212.800	212.800
Riesgos Laborales	1	13.900	13.900
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	419.000	419.000

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	79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO		CALLE 15 # 45 - 139 casa C12 Hacienda el	6626380	yogue11@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

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	
2024-11	2024-11	I	22/11/2024	81946628	$419.000	

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	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	79952309	GUERRERO PACHECO JOHN JAIRO	57	0			N								X								230201	1.330.000	212.800	0	0	0	0	EPS005	1.330.000	166.300	14-23	1.330.000	2	13.900	CCF34	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

HOSPITAL CENTRAL POLICÍA NACIONAL

Recepción de bienes No. 2

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C 30 de Diciembre de 2024
Hora: 07:00 horas
Lugar: Almacén HOCEN Montevideo

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 07:00 horas del día 30 del mes Diciembre del año 2024, se reúnen en la Central de esterilización, los señores(ras), Capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA Jefe Servicio de Esterilización – Supervisor Contrato, 96-8-201458-24, y JOHN JAIRO GUERRERO INGENIERO BIOMÉDICO identificado CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 79´952.309 expedida en la ciudad de Bogotá, actuando en representación propia. con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. 96-8-201458-24, suscrito con JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO.

Contrato No. 96-8-201458-24

Plazo de ejecución del contrato hasta el 30 de junio de 2025
Cumplió: SI__X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL -GRUPO 18.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO ETC.)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	BATAS QUIRÚRGICAS MARCA: INMARONI	82	N/A	$ 183.347	$ 15´075.454,00
2	CAMPO GENERAL MARCA: INMARONI	62	N/A	$ 198.800	$ 12´325.600,00
3	CAMPO DE OJO MARCA: INMARONI	50	N/A	$ 200.481	$ 10´024.050,00
4	CAMPO DE ÓRGANO MARCA: INMARONI	50	N/A	$ 198.800	$ 9´940.000,00
5	FUNDA DE MAYO MARCA: INMARONI	40	N/A	$ 138.681	$ 5´547.240,00
6	SÁBANA QUIRÚRGICA MARCA: INMARONI	92	N/A	$ 199.640	$ 18´366.880,00
7	CAMPO DE PIEL MARCA: INMARONI	60	N/A	$ 87.608	$ 5´256.480,00
8	POLAINAS MATERNAS MARCA: INMARONI	55	N/A	$ 7.125	$ 3´911.875,00
9	FUNDA INTENSIFICADOR MARCA: INMARONI	20	N/A	$ 96.681	$ 1´933.620,00
10	INMOVILIZADOR MARCA: INMARONI	20	N/A	$ 82.124	$ 1´642.480,00

SUBTOTAL	$ 84´023.616,30
IVA	$ 15´964.487,10
TOTAL	$ 99´988.103,40

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE	GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA	No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN	DESCRIPCION DEL BIEN	CANTIDAD

- Entrega Parcial: SI _X___ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_____ NO ___X___,Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

Página 3 de 3	PROCEDIMIENTO: REALIZAR ENTRADA Y SALIDA DE BIENES EN LOS ALMACENES	POLICÍA NACIONAL
Código: 1LA-FR-0140		
Fecha: 08/05/2012	FORMATO DE RECEPCIÓN DE BIENES	
Versión: 0		

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI** [ ]	**NO** [x]	**NÚMERO** [ ]	**CERTIFICADOR** [ ]		
REQUIERE INFORME DE INSPECCION:	**SI** [ ]	**NO** [x]	**NÚMERO** [ ]			
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI** [ ]	**NO** [x]	**NÚMERO** [ ]			

CTO. 96-8-201458-24 JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO. FACT. JJGP 10019

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
CT	NAYUDY GONZALEZ SIERRA	SERVICIO DE ESTERILIZACION	JEFE SERVICIO DE ESTERILIZACION/ SUPERVISOR DEL CONTRATO	
ING.	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO	JOHN GUERRERO	REPRESENTANTE LEGAL	

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

FECHA	TIPO DE INSUMO		NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	No LOTE	REGISTRO SANITARIO INVIMA	TIPO DE RIESGO	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	PROVEEDOR	No DE FACTURA	No DE CONTRATO	RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO
	REACTIVO	DISPOSITIVO MEDICO											
30/12/2024		X	N/A	BATAS QUIRURGICAS MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	82,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	CAMPO GENERAL MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	62,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	CAMPO DE OJO MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	50,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	CAMPO DE ORGANO MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	50,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	FUNDA DE MAYO MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	40,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	SABANA QUIRURGICA MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	92,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	CAMPO DE PIEL MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	60,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	POLAINAS MATERNAS MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	55,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	FUNDA INTENSIFICADOR MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	20,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO
30/12/2024		X	N/A	INMOVILIZADOR MARCA INMARONI	N/A	N/A	N/A	20,00	N/A	JOHN JAIRO GUERRERO	JJGP10019	96-8-201458-24	JHON GUERRERO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE Capitan. NAYUDY GONZALEZ IERR

C.C. DE:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:30/12/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 79952309	JOHN JAIRO GUERRERO PACHECO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 15 45 139 CA C12 HACIENDA EL TRAPICHE 1 Teléfonos: 3508090070

Dirección electrónica: yogue11@hotmail.com Ciudad: VILLAVICENCIO Municipio: META

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 21/09/2010

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/09/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 4290 - Construcción de otras obras de ingeniería civil

Actividad 2: 46451 - Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales

Actividad 3: 4659 - Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02