| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | |
| **DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ** | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 1.015.443.471 | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | PS 1672 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | | | 2/1/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 94.354.176 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | | $ 16.740.000 |
| **Nº DE INFORME:** | 6 | **Nº CRP:** | 6292 | **Nº CDP:** | | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.382.336 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 693 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 12104 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 16.742.400 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1267 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 15889 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | NA |
| **Nº DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHIS la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clínica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes |
| 2 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalización de la UMHIS la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guías de practica clínica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad |
| 3 | Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalización partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHIS de la Victoria y Materno Infantil. |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. |
| 5 | Hace parte del programa de parto humanizado ginecologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de interrupción Voluntaria del Embarazo IVE - Enfermedades transmisibles, para lo cual se entregan los datos estadisticos, indicadores y registros |
| 6 | Cumplir con el código de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, así como la socialización y cumplimiento en la divulgación de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institución |
| 7 | Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación o impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 8 | Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clínicas para los análisis precios y con la SDS de pacientes con sífilis gestacional, VI, mortalidad materna, morbilidad materna extrema. |
| 9 | Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial. |

| | |
|---|---|
| 10 | Garantizo la reserva y la custodia de los documentos de las pacientes |
| 11 | Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia |
| 12 | Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales |
| 13 | Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **86292622** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 5/5/2025 | $ 107.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 5/5/2025 | $ 1.108.400 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 5/5/2025 | $ 103.200 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 2.138.600 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos causados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo sccop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Daniel Vargas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ
CC:1015443871
CEL: 3212281892

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ | **CC:** | 1015443471 |
| | | **RUT (NIT):** | 1015443471 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | DOVARGASR@UNAL.EDU.CO | **TELÉFONO:** | 3212281892 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CRA 15 #63 62 APTO 201 | **CIUDAD:** | BOGOTÁ |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | ( X ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parág

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | BANCO CAJA SOCIAL | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | 24085168826 |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1672 2025** | **Nº CDP:** | **1267** | **Nº. RP:** | **15889** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/1/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/6/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 94,354,176** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ | | | | | 16.740.000 |
| | **DIECISÉIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE** | | | | | |

Daniel Vargas

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ**
**C.C: 1015443471**
**cel.: 3212281892**

| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | **DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ** | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | 1.015.443.471 | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No** | PS 1672 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 2/1/2025 | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 94.354.176,00 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 16.740.000,00 | | |
| **Nº PAGO Nº DE INFORME:** | 6 | **Nº CRP INICIAL:** | 6292 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 84731938 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACIÓN MEDICA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **Nº DE MODIFICACIÓN:** | Nº (2) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (2) | PRORROGA (6) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.382.336 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 693 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 12104 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 16.742.400 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1267 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 15889 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| **¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X |
|---|---|---|---|---|
| **Nº DE POLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA |
| **FECHA DE LA POLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | NA |

**IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE CERTIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de ley fiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/05/2025) AL (31/05/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
cfceb769450ac2a7275a308bb278162b82908d99ab1bbf38cf804f0966d1684a608b9908fc527b1529822dfab95a1d67

**Número de Factura:** SETG-980000030
**Fecha de Emisión:** 12/05/2025
**Fecha de Vencimiento:** 31/05/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Consiganción bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL
**Nombre Comercial:** VARGAS RODRIGUEZ DUVAN DANIEL
**Nit del Emisor:** 1015443471
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 15 63 62 AP 201
**Teléfono / Móvil:** 3212281892
**Correo:** ddvargasr@unal.edu.co

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959051
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-23
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** DG 34 3 14
**Teléfono / Móvil:** 3444484
**Correo:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

### Detalles de Productos

| Item | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 1 | PRESTACON DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA | NIU | 186,00 | $ 90.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 16.740.000,00 |

### Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
12/05/2025 11:43:34
**Documento validado por la DIAN:**
12/05/2025 11:43:35
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | |
| **Total impuesto (=)** | |
| **Total neto factura (=)** | |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | $ $ |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | $ 0 |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 16.740.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 16.740.000,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 16.740.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 16.740.000,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| Numero de Autorización: | Rango desde: | Rango hasta: | Vigencia: 2030-01-19 |
|---|---|---|---|
| 18760000001 | 980000000 | 985000000 | |

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 | 1015443471 | DUVAN DANIEL VARGAS RODRIGUEZ | carrera 15 no 63 62 apto 201 | 5161982 | ddanielvr@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 – Independiente | | | BOGOTA D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | 1 | 05/05/2026 | 86292622 | $2.138.600 | |

## 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 | 837.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 837.000 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.071.400 | 0 | 0 | 33.500 | 33.500 | 0 | 0 | | 1.138.400 | 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. Autorizacion | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 163.200 | | | | 163.200 | 0 | 0 | 163.200 | | | 1.632 | 163.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 837.000 | 837.000 |
| Pensión | 1 | 1.138.400 | 1.138.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 163.200 | 163.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.138.600 | 2.138.600 |

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