INFORME No. 06

CONTRATO:	**176**	**DEL AÑO:**	**2025**
CONTRATISTA:	**CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED**	**C.C. / C.E. /NIT No.:**	**901.055.156-5**
OBJETO:	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		
PERIODO DEL INFORME:	**JUNIO 2025**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 496.000.000,00			$ 496.000.000,00	
	$ 37.686.000,00	ENERO	$ 458.314.000,00	FVCO785
	$ 41.769.750,00	FEBRERO	$ 416.544.250,00	FVCO796
	$ 49.673.250,00	MARZO	$ 366.871.000,00	FVCO811
	$ 40.416.750,00	ABRIL	$ 326.454.250,00	FVCO819
	$ 50.589.000,00	JUNIO	$ 275.865.250,00	FVCO832
	$ 42.223.500,00	JULIO	$ 233.641.750,00	FVCO849

COMPONENTE TÉCNICO

El contratista dio cumplimiento a las obligaciones pactadas de acuerdo la verificación de ejecución de las actividades:

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad,	Durante el Presente mes del año 2025 se realizaron 84	X				Se adjunta: certificación de consulta externa,

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

	asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a interconsultas y participación en junas médicas.	horas de consulta externa.					certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
2	Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos	Durante el Presente mes del año 2025 se realizaron 31 BRONCOSCOPIAS	x				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
3	Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora.	Durante el Presente mes de 2025 se realizaron 53.5 horas.	X				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	Durante el Presente mes de 2025 no se requirió				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

(1). Se cumplió en su totalidad la actividad definida
(2). Se cumplió parcialmente la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes
(3). Fue requerida la actividad, pero no se evidenció su realización en el periodo.
(4). No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 176 DE 2025

HACE CONSTAR:

Que, CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el mes JUNIO del año 2025.

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**DOCUMENTO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL			FACTURA	X	
CUENTA DE COBRO			CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA	X	

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X	
			INFORME DE ACTIVIDADES	X	

Las actividades reportadas en el informe presentado por el contratista corresponden a las actividades contratadas y se ejecutaron a cabalidad.

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de **CUARENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS ($ 42.223.500.00)** M/CTE.

Se deja constancia que lo anterior no exime de futuros requerimientos por responsabilidad del orden legal, fiscales, penales etc. derivados de actuaciones en este contrato.

En constancia, se firma para efectos de pago.

ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
SUPERVISOR

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA APOYO SERVICIOS DE SALUD

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA
COORDIANDOR ATENCIÓN HOSPITALARIA

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspecto financiero
Elaboró: Yaneth Rodríguez Vega – Pro. Universitario Gestión Clínica
C.C. Carpeta del contrato

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES No 06 DEL CONTRATO No. 176 DE 2025

NUMERO DE CONTRATO	176 DE 2025	**DEPENDENCIA**	**(Coordinador Atención Hospitalaria)**
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED	**CEDULA**	901.055.156-5

MES DEL REPORTE	JUNIO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 496.000.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	**$ 220.134.750,00**
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	**$ 42.223.500,00**
SALDO A EJECUTAR	$ 233.641.750,00

HORAS EJECUTADAS	**137,5** *horas – 31 PROCEDIMIENTOS*
OBSERVACIONES:	

VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS ***	**ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)**				**FUENTE DE VERIFICACIÓN**
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	**VALORACION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS-RESPUESTAS DE IC- ASISTENCI A JUNTAS:** Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a interconsultas y participación en junas médicas.	84 horas	x				Historias Clínicas. Certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
2	**NEUMOLOGIA PROCEDIMIENTOS:** Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según	31 broncoscopias	x				Se adjunta: Relación de pacientes. certificado del coordinador del área certificación del área

	necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos						correspondiente dé apoyo a la supervisión
3	**CONSULTA EXTERNA:** Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora.	53.5 HORAS	x				Se adjunta: certificado del coordinador del área certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

VERIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Diligenciado por el Contratista y verificado por el supervisor)

PERIODO DE PAGO (MES)	VALOR PAGO PLANILLA ($)
MAYO-25	$1.237.500
MAYO-25	$11.923.500
MAYO-25	$3,204,100
MAYO-25	$6.387.200

En Tunja,

GLORIA DEL CARMEN GOMEZ DE HOYOS
CONTRATISTA REPRESENTANTE LEGAL CORESMED

Revisó:

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA (Coordinador Atención Hospitalaria)

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS (Coordinador Apoyo de Servicios de Salud)

SANDRA VERONICA TOVAR ROJAS (Coordinador Urgencias)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901055156	5	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS CORESMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TUNJA	DIAGONAL 30 9 44 B Maldonado	TUNJA-BOYACA	7430118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1551973319	9486618787	E	2025/06/13	2025/06/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$624,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TUNJA (1 Afiliados)					$1,643,100	$262,900			$1,643,100	$205,400			$1,643,100	$65,800			$1,643,100	$8,600		$1,643,100	$82,200
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (1 Afiliados)					$1,643,100	$262,900			$1,643,100	$205,400			$1,643,100	$65,800			$1,643,100	$8,600		$1,643,100	$82,200
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,643,100	$262,900			$1,643,100	$205,400			$1,643,100	$65,800			$1,643,100	$8,600		$1,643,100	$82,200
1	CC 1049628150	DIAZ ANA	230301	30	$1,643,100	$262,900	EPS005	30	$1,643,100	$205,400	CCF10	30	$1,643,100	$65,800	14-23	30	$1,643,100	$8,600	30	$1,643,100	$82,200
Total	**Afiliados(1)**				$1,643,100	$262,900			$1,643,100	$205,400			$1,643,100	$65,800			$1,643,100	$8,600		$1,643,100	$82,200

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901055156	5	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS CORESMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TUNJA	DIAGONAL 30 9 44 B Maldonado	TUNJA-BOYACA	7430118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1551973319	9486618787	E	2025/06/13	2025/06/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$624,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,900	$0	$0	$262,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$262,900	$0	$0	$262,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$0	$0	$8,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,800	$0	$0	$65,800
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$65,800	$0	$0	$65,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,400	$0	$0	$205,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$205,400	$0	$0	$205,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,300	$0	$0	$49,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$49,300	$0	$0	$49,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,900	$0	$0	$32,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$32,900	$0	$0	$32,900
TOTAL				1	$624,900	$0	$0	$624,900

2025/06/25 10:13 AM

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	79791394	JUAN CARLOS ROJAS PUENTES	CALLE 155 N 9-45 AP 1224 TORRE 1	6017121603	jrojaspuentes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	05/06/2025	86860001	$1.237.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	97.500				97.500	0	0	97.500			975	97.500	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	97.500	97.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.237.500	1.237.500

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	79791394	JUAN CARLOS ROJAS PUENTES	CALLE 155 N 9-45 AP 1224 TORRE 1	6017121603	jrojaspuentes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	05/06/2025	86860001	$1.237.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Extranjero	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
CC	79791394	ROJAS PUENTES JUAN CARLOS	57	0			N																	231001	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	3	97.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 6771431		BLANCO LEGUIZAMON JAVIER ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 47 # 1- 91	TUNJA-BOYACA	7403827	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	9488412952	9488412952	I	2025/06/10	2025/07/07	BANCO DE BOGOTA	27	$11,923,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	6771431	BLANCO JAVIER	25-14	30	$35,587,500	$6,405,900	EPS017	30	$35,587,500	$4,448,500		0	$0	$0	14-23	30	$35,587,500	$867,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$35,587,500	$6,405,900			$35,587,500	$4,448,500			$0	$0			$35,587,500	$867,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,405,900	$110,400	$0	$6,516,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,405,900	$110,400	$0	$6,516,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$867,000	$15,000	$0	$882,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$867,000	$15,000	$0	$882,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,448,500	$76,700	$0	$4,525,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,448,500	$76,700	$0	$4,525,200
TOTAL				1	$11,721,400	$202,100	$0	$11,923,500

2025/07/07 11:45 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72151718		PEREZ YANGUAS ROBERTO ULISES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 N 7 24	TUNJA-BOYACA	3185325490	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1547068631	9487302303	I	2025/06/06	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	5	$3,204,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	72151718	PEREZ ROBERTO	25-14	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS002	30	$10,000,000	$1,250,000		0	$0	$0	14-23	30	$10,000,000	$243,600	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700,000	$5,600	$0	$1,705,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,700,000	$5,600	$0	$1,705,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,600	$800	$0	$244,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$243,600	$800	$0	$244,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,250,000	$4,100	$0	$1,254,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,250,000	$4,100	$0	$1,254,100
TOTAL				1	$3,193,600	$10,500	$0	$3,204,100

2025/06/11 03:16 PM

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	80414359	EDGAR ANTONIO FLOREZ ZAMBRANO		calle 140A # 7-98	6017361593	edafloz1967@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86990614	$6.387.200	

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	2.500.000	0		0		0	0	0	0	2.500.000	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	3.200.000	0	0	100.000	100.000	0	0		3.400.000	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										
14-11	ARL SURA	800903790-5	487.200				487.200	0	0	487.200			4.872	487.200	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	2.500.000	2.500.000
Pensión	1	3.400.000	3.400.000
Riesgos Laborales	1	487.200	487.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.387.200	6.387.200

PAGADA

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