2025 06 04 26,629,412.00

ANALITICA DM SAS

VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI
NIT. 900750333

COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,708

Fecha : 04/junio/2025 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE **********

Valor $ 26,629,412.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON
No. 23,566.00 **Fact** ADMS253 **Valor Bruto $**18,212,042.00 **Valor Neto $** 20,453,287.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	3,460,288.00
IVA	RETENCION DEL IVA	519,043.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
864	839	387	427	212020200802	Servicios prestados a las empresas y ser	21,672,330.00

POR CONCEPTO DE HONORARIOS ASISTENCIALES
No. 23,567.00 **Fact** ADMS-253 **Valor Bruto $**5,317,370.00 **Valor Neto $** 6,176,125.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	1,010,300.00
IVA	RETENCION DEL IVA	151,545.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 14.23

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,708

Fecha : 04/junio/2025 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE
****

Valor $ 26,629,412.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
863	840	387	427	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	6,327,670.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
	TASA PRODEP $ 700,000.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	26,629,412.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	27,329,412.00	0.00
240722001	PRODEPORTES Y RECREACION 2*5%	0.00	700,000.00

Recibí: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____
Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION DE LA CONTRATCION DE LAS EPS FACTURACION CARTERA AUDITORIA COSTOS GLOSAS DEVOLUCIONES MERCADEO DURANTE EL MES DE ABRIL SEGUN CONTRATO 284 DE 2025

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 14:23

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 06/05/2025 Hora: 11:04

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
GASTOS ADMON	23,566	30/abr./2025	30/abr./2025	ADMS253

Obligación: 839 **Registro:** 387

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO PRA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS ÉPS* PROCESO FACTURACION. CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS* GESTION DE COSTOS * DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES* DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2025* SEGUN CONTRATO 284 25.	**BRUTO :**	21,672,330.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		519,043.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	21,153,287.00
	CANCELADO :	0.00
VEINTIUN MILLONES CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS MCTE	**N. CREDITO :**	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	21,153,287.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	21,153,287.00
243625001	RETE IVA	0.00	519,043.00
510801001	REMUNERACION POR SERVICIOS TE	21,672,330.00	0.00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 06/05/2025 Hora: 11:16

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
HONORARIOS ASISTENCIALES	23,567	30/abr./2025	30/abr./2025	ADMS-253

Obligación: 840 **Registro:** 387

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO PRA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* PROCESO FACTURACION. CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS* GESTION DE COSTOS * DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES* DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2025* SEGUN CONTRATO 284 25.	**BRUTO :**	6,327,670.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		151,545.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	6,176,125.00
	CANCELADO :	0.00
SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS MCTE	**N. CREDITO :**	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	6,176,125.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	6,176,125.00
243625001	RETE IVA	0.00	151,545.00
731103006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	6,327,670.00	0.00

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 284 - 2025

CERTIFICA:

Que ANALITICA identificado (a) con NIT No. 901190272-9 cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios de apoyo Prestar servicios, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES del Contrato de prestación de Servicios No. 284 de Fecha 07 de ABRIL de 2025 del periodo correspondiente de ABRIL DE 2025 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	ADMINITRATIVO	ASISTENCIAL
Valor Contrato Inicial	$ 86.689.320	$ 25.310.680
No. CDP	427	427
No. RP	387	387
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales / Administrativos		
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE JULIO DE 2025	HASTA EL 31 JULIO DE 2025
ADICIÓN		
Valor		
No. CDP		
No. RP		
Plazo de Ejecución		
MODIFICACIÓN		
Otro Si Modificatorio		
Valor Contrato Inicial + Adición-Modificación	$ 86.689.320	$ 25.310.380
Valor Ejecutado	$	$
Valor Factura Actual	$ 21.672.330	$ 6.327.670
Total Ejecutado	$ 21.672.330	$ 6.327.670
Saldo por Ejecutar	$ 65.016990	$ 18.983.010
Porcentaje de Ejecución	25 %	25 %

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de ABRIL del año dos mil Veinticinco (2.025).

NOMBRE SUPERVISOR: JAIRO VELASQUEZ CHACÓN
SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA

REPRESENTANTE LEGAL: AMANDA CORCHUELO NAVARRETE
ANALITICA DM SAS

Analítica DM SAS

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: ADMS253
Fecha Emisión: 2025-04-24 13:18:19
Fecha validación: 2025-04-24 13:23:20-05:00

Nº Resolución: 18764091005911 **Prefijo:** ADMS **Consecutivo:** 251 hasta 350 **Fecha:** 2025-03-25 **hasta** 2027-03-25

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: ANALITICA DM SAS **NIT:** 901190272-9 **Actividad Económica:** 7020 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** DG 17 B 88 77 AP 4 604 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO **Teléfonos:** 3014843146 **Contacto:** ANALITICA DM SAS **E-mail:** analiticadm.gerencia@gmail.com	**Razón social/Nombre:** ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA **NIT:** 900750333-1 **Dirección:** --- **Teléfonos:** 0918264000 **E-mail:**

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	F01	1.0	ZZ	Servicio - PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATAACION CON LAS EPS, GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS	23,529,412.0	IVA 19.00	4,470,588.0		28,000,000.0

Total Items 1

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 19.00%	23,529,412.0	4,470,588.0

Totales	
SUBTOTAL:	23,529,412.0
TOTAL Base Imponible:	23,529,412.0
IVA	4,470,588.0
TOTAL:	28,000,000.0
TOTAL en letras: Veintiocho Millones Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PERIODO COBRO ABRIL DE 2025
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA GESTION EN LA CONTRATACION DE LAS EPS, GESTION DE PROCESO DE FACTURACION, CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS, GESTION DE COSTOS, , DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MEERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES SEGUN CONTRATO 284-2025

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Transferencia Débito Interbancario		PAGO ABRIL DE 2025						

CUFE: f77017367056e61d4f23a8876f72e5760a7599ebc37ab2b109c4d6e6eff6be2e75a4b8dd75f41a1a02c8abbef729d8



1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	284 de 2.025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANALITICA DM SAS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	901190272-9
FECHA ACTA DE INICIO	07/04/2025
VALOR DEL CONTRATO	$ 112.000.000
PLAZO DE EJECUCION	4 MESES
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 31 DE JULIO DE 2025
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$112.000.000
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Abril del 2.025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Abril del 2.025
NUMERO DE INFORME	__01__ de __04_
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$112.000.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE	$ 28.000.000

ACTA	
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO **BANCOLOMBIA** N° DE CUENTA **38800015631**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO __X__ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD_____	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	JAIRO VELÁSQUEZ CHACÓN SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA

2. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____X_____	**Informe Final _____**

3. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Analizar la prestación de servicios de salud y sus posibles brechas frente a la venta de servicios, recuperación de cartera y conciliación de glosas, dentro del análisis del cumplimento de las metas de contratación.	Se realiza contestación a glosas y devoluciones radicas en nuestra IPS HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA por un valor de $ 1.364.017.514, se anexa soporte.	25%
2	De igual manera se hace necesario analizar el control de trazabilidad de las facturas y el impacto que se tiene en los procesos de radicación de cuentas médicas y posterior cobro de dichos eventos.	Se avanzó en el proceso de implementación digital en las diferentes plataformas de las ESP ya que nuestra IPS se encontraba radicando la mayoría de estas de manera física y se migro un 98% a la radicación digital , se anexa soporte.	25%
3	Para complementar el plan de acción y de mejora con base en las evidencias de las auditorias, se hace necesario capacitar al personal de facturación, glosas y c artera en los diferentes frentes de trabajo, ya que en el mercado es escaso el personal con	Se realiza reunión de socialización de plan de acción para el mes enero de 2025, articulando con el proceso de radicación digital de glosas , devoluciones y factura mes corriente de forma digital 100%	25%

	conocimientos idóneos frente a las diferentes tareas que se desarrollan en los procesos financieros.		
4	Para optimizar el modelo de operación digital tanto para la venta de servicios como para la radicación de cuentas médicas, se hace necesario apoyar la gestión con procesos de capacitación en el manejo de las plataformas y de validación de los registros individuales por prestación de servicios de salud (RIPS-Res.3374 de 2000).	Se realizan ajustes en el modelo de radicación en conjunto con el personal de facturación e la ESE y auditores, cambios de roles de personal y fortalecimiento de capacidades administrativas, validación e rips y conocimiento de plataformas virtuales, se anexa soporte.	25%
5	Con el propósito de consolidar y validar la información que se presenta en los comités financieros y en los informes de consumo externo e interno de la entidad, es necesario revisar la calidad con que ese emiten los datos, su consistencia y los soportes de dichas entregas entorno a la facturación, radicación, cartera y conciliación de glosas.	La facturación Global generada por la ESEa la radicación de este informe de actividades ejecutadas para el periodo es de **$ 2.024.387.100**	25%
6	Frente a la evidencia de la existencia de problemas de fondo en la generación de los archivos planos y RIPS, es necesario validar la información que normalmente se reporta con metas, producción y costos, por lo que se hace necesario analizar y reportar las novedades que puedan resultar de dicho proceso.	Todas fueron reportadas por vía correo a la subgerencia científica en plan de mejora, las cuales se encuentra en estructuración de plan de manejo y subsanación de los hallazgos notificados por las áreas pertinentes dando solución pronta a dichas sugerencias.	25%
7	Seguimiento al contrato de venta de servicios de salud a través de la modalidad de cápita, evento y pago global prospectivo.	Se establece nuevo proceso y enlace entre Analítica DM SAS y La ESE HNSM para controlar la información de contratación y mayor seguimiento a los contratos de ventas de servicio con el cual se proyecta mantener información eficaz, clara , exacta y veraz de los modelos de	25%



		contratación tanto en contenido como de tarifas , para ello en el mes de enero de 2025 se realizan acercamientos con las siguientes administradoras: Salud total,Nueva EPS , Sanitas Eps , , Fomag , Se anexa porte.	
8	Seguimiento al contrato de venta de servicios de salud a través de la modalidad de cápita, evento y pago global prospectivo.	En el periodo de presentación de este informe contamos con una facturación de servicios de **$ 2.024.387.100**	25%
9	Participar activa y decididamente en los procesos de contratación con las diferentes entidades responsables de pago.	Se socializa portafolio de servicios con las eps actualizado 2025 y se envía documentación al 100% a las diferente ERP	0%
10	Apoyar la depuración de cartera junto con las entidades responsables de pago.	Se realiza el envío de la cartera pendiente por conciliar a las diferentes EPS ya que muchas de estas tienen diferencias en los valores reportados a la IPS. Este envío se realiza con el fin de obtener la asignación de citas para la conciliación y acuerdos de pagos por parte de las EPS, Se anexa soportes.	25%
11	Dar trámite a las glosas y devoluciones que sean entregadas oficialmente y que se evidencie que llegaron por medios válidos para poder gestionar.	A le fecha de corte del mes de abril de 2025se han dado tramite de respuesta glosa pendiente de un valor aproximado de $ 1.364.017.514, Famisanar , Sanitas, Sanidad Militar, Asmet salud, Nueva EPS y capital salud,Salud total Familiar de Colombia, positiva y Secretaria de Salud de Cundinamarca.	25%
12	Auditar y revisar posibles novedades en la aplicación de las normas en salud para la correcta facturación de las cuentas médicas.	Se dan indicaciones a todo el equipo de facturación y en especial al equipo de auditores de cuentas medicas de acuerdo a la normatividad vigente, se anexa soporte.	25%
13	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos por cápita, a fin de	Se completa el I inventario total de todas las áreas, y medidas de cada una de estas para implementar el módulo de costos con el apoyo del área de sistemas.	25%

	emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya lugar, con el equipo de trabajo de costos.		
14	Evaluar la capacidad instalada, REPS, oportunidad y RIPS, a fin de establecer la ruta de acción y resultado para emitir los planes de mejora a que haya lugar.	Se retroalimenta al área asistencial de todas las novedades evidenciadas frente a los servicios habilitados por REPS	25%
15	Evaluar y determinar la idoneidad de los formatos de historia clínica del sistema de información disponibles para documentar el trabajo realizado por el personal asistencial.	Se retroalimenta al área asistencial sobre todas las novedades evidenciadas frente a los vacios de documentación de hallazgos y soportes en la historia clínica del sistema de información	25%
16	Analizar y determinar la actualización e implantación de las guías de práctica médicas adoptadas por la institución, con evaluación del personal asistencial que presta los servicios de salud a los pacientes en proceso de atención.	Se realiza la solicitud a la subgerencia científica de las guías de práctica médica para evaluar su adherencia, se anexa soporte.	25%
17	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos y su alcance frente a la revisión y cumplimiento de las guías de atención integral para los diferentes programas de PYD, a fin de emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya lugar, con el equipo de trabajo generador de facturas.	Se evidencia que no hay cumplimiento de metas debido a los problemas de diligenciamiento de historia clínica, parametrización de las plantillas resolución 3280 por parte del área de sistemas e informando a la sub científica para dar manejo y cumplimiento a las actividades de ejecución establecidas	25%

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	Abril
N	CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL .
APORTE SALUD	$0

APORTE PENSION	$0
APORTE ARL	$0
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	$0

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.
SI __X__ NO_____

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.
SI __X__ NO_____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Nombre: Amanda Corchuelo Navarrete **NIT: 901190272-9** **Representante Legal ANALITICA DM SAS**	**JAIRO VELÁSQUEZ CHACÓN** SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA

Supervisor del Contrato
JAIRO VELÁSQUEZ CHACÓN SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA
Visto Bueno Tesorería
Firma

DIANA MARCELA TOVAR- CONTADOR PUBLICO ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO IDENTIFICADO CON LA C.C 52.087.357 Y TARJETA PROFESIONAL 143297-T

CERTIFICA

Que de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 50 de la Ley 789 de Diciembre de 2002; en mi calidad de Contador Publico de la entidad denominada **ANALITICA DM SAS con NIT 901.190.272-9** se esta dando cumplimiento a todas las obligaciones de Ley y a la fecha tiene contratado personal por el termino de contrato orden de prestación de servicios - OPS

Que el personal contratado se encuentra **a PAZ Y SALVO de aporte de los últimos seis meses** por los conceptos de Pensión correspondientes a los meses de Marzo de 2025 y salud correspondiente al mes de Abril de 2025 y riesgos laborales como lo estipula la Ley.

- Aportes sistema de seguridad social en Salud
- Aportes sistema de seguridad social en Pensión
- Aportes a Riesgos Laborales

La presente certificación se expide en Bogotá, a los 24 dias del mes de Abril de 2025.

En Constancia firma

DIANA MARCELA TOVAR PEREZ

Contador Publico, Especialista en Revisoría Fiscal

C.C 52.087.357

T.P 143297-T

Teléfono 3911760 Celular 3103041250

Cra 55 152 b 68 torre 1 Ap 208

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E24B2975A18AD19E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA TOVAR PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52087357 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 143297-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 24 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



14329-T

DIANA MARCELA
TOVAR PEREZ
C.C. 52087957
RESOLUCION INSCRIPCION 180 FECHA 09/07/2009
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 153751

67147

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
52087357
APELLIDOS
TOVAR PEREZ
NOMBRES
DIANA MARCELA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
04-ABR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500113-63048001-F-0052087357-20020323 04454028604 01 1114470278

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
FORMATO	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025

DE: SIAU

PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que ANALITICA **DMS SAS**, identificada con NIT. No. **901190272-9**. Quien se desempeña en la ejecución del contrato de, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES., no registra PQRSDF pendientes en el mes de ABRIL.

Atentamente

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de ABRIL de 2025.

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU
Revisó: Jairo Velásquez Chacón – Subgerente Administrativo y Financiero.
Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas-Gerente

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E

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	1071830286	KELLY JOHANA GUEVARA RINCON	CALLE 1A No 5-24	2411420	kellyguevara489@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	
2025-03	2025-03	I	22/04/2025	85813309	$440.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	830011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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 1020834111		CASAS MORENO JENNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 139 #94 90 T12 APTO 447	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1443357318	9485370469	I	2025/04/03	2025/04/30	NEQUI	27	$966,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,071,000	$491,400			$3,071,000	$383,900			$0	$0			$3,071,000	$74,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,071,000	$491,400			$3,071,000	$383,900			$0	$0			$3,071,000	$74,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,071,000	$491,400			$3,071,000	$383,900			$0	$0			$3,071,000	$74,900		$0	$0
1	CC 1020834111	CASAS JENNY	230301	30	$3,071,000	$491,400	EPS017	30	$3,071,000	$383,900		0	$0	$0	14-11	30	$3,071,000	$74,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,071,000	$491,400			$3,071,000	$383,900			$0	$0			$3,071,000	$74,900		$0	$0

0 7105125

2025/04/29 06:53 PM

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 1020834111		CASAS MORENO JENNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 139 #94 90 T12 APTO 447	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1443357318	94853704 69	I	2025/04/03	2025/04/30	NEQUI	27	$966,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$491,400	$8,600	$0	$500,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$491,400	$8,600	$0	$500,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$74,900	$1,400	$0	$76,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$74,900	$1,400	$0	$76,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$383,900	$6,700	$0	$390,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$383,900	$6,700	$0	$390,600
TOTAL				1	$950,200	$16,700	$0	$966,900

2025/04/29 06:53 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	1071630285	KELLY JOHANA GUEVARA RINCON		CALLE 1A No 5-24	2411420	kellyguevara489@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	
2025-03	2025-03	I	22/04/2025	85613308	$446.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Exterior	Cotiza en otro país	Dependiente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ESTUDIANTE	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	1071630285	GUEVARA RINCON KELLY JOHANA	59	E			N																29-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	176.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79656484	JUAN CARLOS LOPEZ LOPEZ	CALLE 30 SUR 12D 30 INT 3 APTO 508	6018134126	juankholop@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	1	28/04/2025	85717567	$414.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	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. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860503780-6	7.500				7.500	4	100	7.600			75	7.600	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	414.500

09/05/25

COPIA

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	79656494	JUAN CARLOS LOPEZ LOPEZ	CALLE 30 SUR 12D 30 INT 3 APTO 508	6018134126	juankholop@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2025-03	2025-03	I	28/04/2025	85717587	$414.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Colombiano	IRL	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AL	FSOLIDARIDAD	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	79656494	LOPEZ LOPEZ JUAN CARLOS	57	0		N																		23021	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CPS002	1.423.500	175.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073524024	ASTRID YARITZA MURCIA PEDRAZA		Carrera 6 # 23 70 Zuame	9224438	astridmurcia52@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		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
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85197745	TOTAL A PAGAR	
					$441,200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178,000	0		0		0	2	300	0	178,300	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
230301	Porvenir	800224808-8	227,800	0	0	0	0	2	300	0	228,100	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	34,700				34,700	2	100	34,800			347	34,800	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	178,300
Pensión	1	227,800	228,100
Riesgos Laborales	1	34,700	34,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440,500	441,200

PAGADA

09/05/25

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	1073524024	ASTRID YARITZA MURCIA PEDRAZA	Carrera 5 # 23 70 Zuame	9224438	astridmurcia52@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		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
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85197749	TOTAL A PAGAR	
					$441,200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Ingreso	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	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1073524024	MURCIA PEDRAZA ASTRID YARITZA	51	0		N																		23030	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	170.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ	CALLE 5 0 68	3124310439	karielsabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I– Independiente		CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	
2026-03	2025-03	I	06/05/2025	85192583	$448.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	28	3.300	0	181.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	28	4.200	0	232.000	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	830603790-6	34.700				34.700	28	700	35.400			347	35.400	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	28	0	0	0
ICBF				
0	28	0	0	0
ESAP				
MEN				

07/05/25

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	181.300
Pensión	1	227.800	232.000
Riesgos Laborales	1	34.700	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	448.700

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	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ		CALLE 5 0 68	3124310439	karolsabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	
2025-03	2025-03	I	05/05/2025	85192589	$448.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Nro.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el 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	1071629627	SABOGAL MARTINEZ KAROL MARIEL	24	0		N																	1	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	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 1074130277		QUEVEDO ARDILA ADRIAN GIOVANNI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 # 1-11	CAQUEZA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1441735081	94843055 66	I	2025/04/21	2025/04/29	BANCO DAVIVIENDA	8	$442,980

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: CAQUEZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1074130277	QUEVEDO ADRIAN	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

09105 125

2025/04/29 09:54 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 1074130277		QUEVEDO ARDILA ADRIAN GIOVANNI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 # 1-11	CAQUEZA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1441735081	9484305566	I	2025/04/21	2025/04/29	BANCO DAVIVIENDA	8	$442,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$1,000	$0	$179,000
TOTAL				1	$440,500	$2,400	$0	$442,900

2025/04/29 09:54 AM