INFORME No. 01

CONTRATO:	**618**	**DEL AÑO:**	**2024**
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:	**NOVIEMBRE 2024**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 120.000.000,00			$ 120.000.000,00	
	$ 41.852.113,00	NOVIEMBRE	$ 78.147.887,00	FVCO761

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, 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.	Durante el Presente mes del año 2024 se realizaron 114 horas de consulta externa.	X				Se adjunta: certificación 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	Durante el Presente mes del año 2024 se	x				Se adjunta: certificación del área

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

	tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos	realizaron 30 BRONCOSCOPIAS					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 2024 se realizaron 45 horas.	X				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Prestar servicios especializados como especialista en Neumología para dar respuesta a interconsultas Urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto, siempre y cuando el servicio esté disponible	Durante el Presente mes de 2024 no se requirieron actividades adicionales.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.
5	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

(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 618 DE 2024

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 NOVIEMBRE del año 2024.

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	
INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O	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

			REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		
			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 UN MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO TRECE PESOS ($ 41.852.113.00)** 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 financiera
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 01 DEL CONTRATO No. 618 DE 2024

NUMERO DE CONTRATO	618	**DEPENDENCIA**	GESTÓN QUIRURGICA
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	NOVIEMBRE

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 120.000.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 41.852.113,00
SALDO A EJECUTAR	$ 78.147.887,00

HORAS EJECUTADAS	*159 horas – 30 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	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.	114 horas	x				Historias Clínicas. 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	30 broncoscopias	x				Se adjunta: Relación de pacientes. certificado del coordinador del área 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.	45 HORAS	x				Se adjunta: certificado del coordinador del área certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Prestar servicios especializados como especialista en Neumología para dar respuesta a interconsultas Urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto, siempre y cuando el servicio esté disponible	Durante el mes de NOVIEMBRE No se ejecutó la actividad				X	No aplica
5	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 ($)
OCTUBRE-24	$ 3.205.100
OCTUBRE-24	$ 10.704.200
OCTUBRE-24	$ 1.451.100
OCTUBRE-24	$ 4.190.400

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)

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 9D1D55156	5	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS CORESMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TUNJA	DIAGONAL 3D 9 44 B Maldonado	TUNJA-BOYACA	743D11B	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2D24-1D	2024-11	9476440700	947644D700	E	2D24/11/15	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	0	$57D,400

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)						**$1,500,000**	**$240,000**			**$1,500,000**	**$187,500**			**$1,500,000**	**$60,000**			**$1,500,000**	**$7,900**		**$1,500,000**	**$75,000**
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (1 Afiliados)						$1,500,000	$24D,000			$1,500,000	$187,500			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$1,500,000	$75,000
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)						$1,500,000	$24D,000			$1,500,000	$187,500			$1,500,0DD	$60,000			$1,500,000	$7,900		$1,500,000	$75,000
1	CC	1003652506	MURILLO LEIDY	25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$187,500	CCF10	30	$1,500,000	$60,000	14-23	30	$1,500,000	$7,900	30	$1,500,000	$75,000
Total Afiliados(1)						$1,500,000	$24D,000			$1,500,000	$187,500			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$1,500,000	$75,000

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	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	9477145835	9477145835	1	2024/11/12	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	$10,704,200

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	$32,500,000	$5,850,000	EPS017	30	$32,500,000	$4,062,500		0	$0	$0	14-23	30	$32,500,000	$791,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$32,500,000	$5,850,000			$32,500,000	$4,062,500			$0	$0			$32,500,000	$791,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,850,000	$0	$0	$5,850,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$5,850,000	$0	$0	$5,850,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$791,700	$0	$0	$791,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$791,700	$0	$0	$791,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,062,500	$0	$0	$4,062,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,062,500	$0	$0	$4,062,500
TOTAL				1	$10,704,200	$0	$0	$10,704,200

202 /18 05:06 PM

en línea

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
2024-10	2024-10	9477146610	9477146610	I	2024/11/07	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	5	$3,205,100

LIQUIDACIDN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	72151710	PEREZ YANGUAS ROBERTO ULISES																		25-14	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS008	30	$10,000,000	$1,250,000		0	$0	$0	14-23	30	$10,000,000	$243,600	0	$0	$0	No	$3,193,600
Total Afiliados(1)																							$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0		$3,193,600

2024/11/18 05:07 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	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81403404	$4.790.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colmo. suficiente	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TNP	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	80414359	FLOREZ ZAMBRANO EDGAR ANTONIO	59	0			N																	25-14	15.000.000	2.400.000	0	0	75.000	75.000	EPS005	15.000.000	1.875.000	14-11	15.000.000	3	365.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	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	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81403404	$4.790.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo 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	1.875.000	0		0		0	0	0	0	1.875.000	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	2.400.000	0	0	75.000	75.000	0	0		2.550.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Rsdicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	890903790-5	365.400				365.400	0	0	365.400			3.654	365.400	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	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	1.875.000	1.875.000
Pensión	1	2.550.000	2.550.000
Riesgos Laborales	1	365.400	365.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.790.400	4.790.400

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 RDJAS 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	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81537999	$1.451.100	

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	625.000	0		0		0	0	0	0	625.000	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	800.000	0	0	0	0	0	0		800.000	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	860903790-5	26.100				26.100	0	0	26.100			261	26.100	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	625.000	625.000
Pensión	1	800.000	800.000
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.451.100	1.451.100

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81537999	$1.451.100	

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	625.000	0		0		0	0	0	0	625.000	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	800.000	0	0	0	0	0	0		800.000	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	830903790-5	26.100				26.100	0	0	26.100			261	26.100	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	625.000	625.000
Pensión	1	800.000	800.000
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.451.100	1.461.100

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	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			BOGDTÁ 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	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81403404	$4.790.400	

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	IRG	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	80414359	FLOREZ ZAMBRANO EDGAR ANTONIO	59	0			N																	25-14	15.000.000	2.400.000	0	0	75.000	75.000	EPS005	15.000.000	1.875.000	14-11	15.000.000	3	365.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	80414359	EDGAR ANTONIO FLOREZ ZAMBRANO		calle 140A # 7-98	6017361593	edafloz1967@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2024-10	2024-10	I	06/11/2024	81403404	$4.790.400	

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	1.875.000	0		0		0	0	0	0	1.875.000	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	2.400.000	0	0	75.000	75.000	0	0		2.550.000	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	365.400				365.400	0	0	365.400			3.654	365.400	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	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	1.875.000	1.875.000
Pensión	1	2.550.000	2.550.000
Riesgos Laborales	1	365.400	365.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.790.400	4.790.400

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