INFORME No. 08

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:	**AGOSTO 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
	$ 54.169.500,00	AGOSTO	$ 179.472.250,00	FVCO861
PRORROGA	$ 35.937.000,00	SEPTIEMBRE	$ 143.535.250,00	FVCO873

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)	

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

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 2025 se realizaron 114 horas.	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 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 20 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 50 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 AGOSTO del año 2025.

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

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 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 **TREINTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS ($ 35.937.000.00)** 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 08 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	AGOSTO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 496.000.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	**$ 316.527.750,00**
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	**$ 35.937.000,00**
SALDO A EJECUTAR	$ 143.535.250,00

HORAS EJECUTADAS	**164** *horas – 20 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.	114 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	20 broncoscopias	x				Se adjunta: Relación de pacientes. certificado del coordinador del área certificación del área

	necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos						correspondiente de 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.	50 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 ($)
JULIO-25	$11,847,800
JULIO-25	$6.387.200
JULIO-25	$309.300
JULIO-25	$4,186,200
JULIO-25	$2.585.800

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)

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
2025-07	2025-08	1711127396	94896753?9	E	2025/08/14	2025/08/19	BANCO DAVIVIENDA	5	$627,300

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

2025/08/19 08:58 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
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
2025-07	2025-08	1711127396	9489675379	E	2025/08/14	2025/08/19	BANCO DAVIVIENDA	5	$627,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,900	$900	$0	$263,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$262,900	$900	$0	$263,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$100	$0	$8,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,800	$300	$0	$66,100
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$65,800	$300	$0	$66,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,400	$700	$0	$206,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$205,400	$700	$0	$206,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,300	$200	$0	$49,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$49,300	$200	$0	$49,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,900	$200	$0	$33,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$32,900	$200	$0	$33,100
TOTAL				1	$624,900	$2,400	$0	$627,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
2025-07	2025-07	1733066000	9491045066	I	2025/08/11	2025/08/28	BANCO DAVIVIENDA	17	$11,847,800

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
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	$69,100	$0	$6,475,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,405,900	$69,100	$0	$6,475,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$867,000	$9,400	$0	$876,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$867,000	$9,400	$0	$876,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,448,500	$47,900	$0	$4,496,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,448,500	$47,900	$0	$4,496,400
TOTAL				1	$11,721,400	$126,400	$0	$11,847,800

2025/08/28 03:44 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	
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88621326	$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	830903790-5	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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	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		
UNICA	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	
86458296	06/08/2025				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-07	2025-07	N	25/08/2025	89199303	TOTAL A PAGAR	
					$309.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	830031790-5	24.300				24.300	0	0	24.300			243	24.300	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.300	24.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.300	309.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79701594	JUAN CARLOS ROJAS PUENTES	CALLE 155 N 9-45 AP 1224 TORRE 1	6017121503	jrojaspuentes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
6545926S	05/08/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	N	25/08/2025	89199303	$309 000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Código	Código departamento	Actúa como empleador de servicio doméstico	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliación	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	79701594	ROJAS PUENTES JUAN CARLOS	57	0		N																	230501	5 000 000	605 000	0	0	0	0	EPS010	5 000 000	605 000	14-11	5 000 000	II	121 000		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 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
2025-07	2025-07	1712296865	9490392200	I	2025/08/06	2025/08/19	BANCO DAVIVIENDA	13	$4,186,200

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC	72151718	PEREZ ROBERTO	25-14	30	$13,000,000	$2,210,000	EPS002	30	$13,000,000	$1,625,000		0	$0	$0	14-23	30	$13,000,000	$316,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,210,000	$18,400	$0	$2,228,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,210,000	$18,400	$0	$2,228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,700	$2,700	$0	$319,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$316,700	$2,700	$0	$319,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,625,000	$13,400	$0	$1,638,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,625,000	$13,400	$0	$1,638,400
TOTAL				1	$4,151,700	$34,500	$0	$4,186,200

2025/08/19 02:58 PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032450143	JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE	CALLE 95 # 71-75	7567584	sebastian1594@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	
2025-07	2025-07	I	01/09/2025	89363060	$2.585.800	

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	1.000.000	0		0		0	19	12.100	0	1.012.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.280.000	0	0	40.000	40.000	19	15.400	1.000	1.376.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	194.900				194.900	19	2.400	197.300			1.949	197.300	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	1.000.000	1.012.100
Pensión	1	1.360.000	1.376.400
Riesgos Laborales	1	194.900	197.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.554.900	2.585.800

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032453147	JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE		CALLE 25 # 71-75	7017301	[redacted]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					SUBSIDIADO / APC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-07	1	01/09/2025	93861089	$2.685.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Ocupación	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Extranjero no obligado a cotizar a pensión	Colombiano en el exterior	Pensionado	Exonerado Aportes Ley 1607	Tarifa Especial	Aporte Voluntario	Variación Permanente de Salario	Horas Laboradas	Incapacidad General	Licencia Maternidad / Paternidad	Suspensión Temporal	Licencia no remunerada / Retiro	Vacaciones	Cambio Entidad	Cotizante Dependiente	Cód. AFP	ING AFP	Cotización	Cotización a Afiliado	Cotización Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Monto porcentual no cotizado	Cód. EPS	ING EPS	Cotización o Valor UPC	Cód. ARL	ING ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Tarifa CCF	ING CCF	Aporte CCF	ERG otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032453147	SIERRA DUARTE JUAN SEBASTIAN	57	0	1	0								30								25-14	3.000.000	1.200.000	0	0	40.000	40.000	CPS208	4.000.000	1.400.000	14-28	6.960.000	3	84.000			0	0	0	0	0	0

PAGADA

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