DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN

NIT: 1018427417-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 116 B 80 51 IN 8 AP 104, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3138087449
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764093216459 válida desde 2025-05-16 hasta 2025-11-16 rango desde FE71 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959048
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	contabilidad@suroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE79
Fecha Emisión	26/09/2025 19:40:58-05:00
Fecha Vencimiento	10/10/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	10/10/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121291-9	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA HONORARIOS ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	94	186,00	$90.133,00				0,00	$16.764.738,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$16.764.738,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$16.764.738,00

Notas:	Honorarios como especialista en pediatría
CUFE:	c8c1067031c878b97c4b3c2ea86dae67558e3ee60eb22039d7ff8bc04edbdcce7b140cef97c13c8335294f8e2dc46220
Total con letra:	(dieciseis millones setecientos sesenta y cuatro mil setecientos treinta y ocho pesos)

Firma Digital: ZVG1a1jWnLC2Gvt19j7R5PHTHSxtdV/psusWB3sa2LY/YX3Cr9iG8DJOZ3EL+6KH
p/Goeqjcns24EsKECokyFCrpJQmxgawglHt/m2DsV2npOt93Nc
vqpGlpmztLDnzi mVmNMWxP4O5NeW3Uwx99dtHl5Xba70JnK/2gqDjCBslWEWRNd90AR/pvJY7SPJez d7x0PxhANH0l4RCod84huQjL9iLHqWjkFsA
0dNlMyfs+ot0n9sPYNj5CL4SsqnNP P8adRhrRbmn0Oq7MVn4nt55cubhsCw1ja+efs2w5t3LHK1Odsex8Q6zr29ivulcu 1YIQt/x2B3V/WXzQe6tU
bw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/09/2025 hasta: 30/09/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018427417	DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN		Calle 97 N 70c 95	5933331	dianamartinez8905@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89171441	$2.188.000	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	838.300	0		0		0	4	2.200	0	840.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.073.000	0	0	33.600	33.600	4	2.700	200	1.143.100	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	890903790-0	163.400				163.400	4	500	163.900			1.634	163.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.300	4	200	40.500	1

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	838.300	840.500
Pensión	1	1.140.200	1.143.100
Riesgos Laborales	1	163.400	163.900
CCF	1	40.300	40.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.182.200	2.188.000

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
CC	1018427417	DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN		Calle 97 N 70c 95	5933331	dianamartinez8905@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD: 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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89171441	$2.188.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto.	Mpio.	Extranjero	Cód. Tr. Extranjero	Sucursal	IRP	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SLE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VCT	VAC	Días IRP	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	Días ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018427417	MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA	57	0			4																25-14	6.705.895	1.073.000	0	0	33.600	33.600	EPS001	6.705.895	838.300	14-11	6.705.895	3	163.400	CCF24	6.705.895	40.300	0	0	0	0	0

PAGADA

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1018427417	MARTINEZ	GUZMAN	DIANA	PAOLA	2014-05	EPS COMPENSAR	BENEFICIARIO
CC	1018427417	MARTINEZ	GUZMAN	DIANA	PAOLA	2022-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE
CC	1018427417	MARTINEZ	GUZMAN	DIANA	PAOLA	2025-08	EPS ALIANSALUD	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS ALIANSALUD	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS ALIANSALUD	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2022	30	COTIZANTE	P
EPS COMPENSAR	07/2022	30	COTIZANTE	I
EPS COMPENSAR	06/2022	30	COTIZANTE	I
EPS COMPENSAR	05/2022	30	COTIZANTE	I
EPS COMPENSAR	04/2022	30	COTIZANTE	I
EPS COMPENSAR	03/2022	30	COTIZANTE	Pag
EPS COMPENSAR	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización