La mesa Cundinamarca 20 de febrero del 2025.

Señores:
MESALUD
ACTA DEPENDENCIA GEMELAS

CARTA DE RENUNCIA

La presente carta tiene como objetivo pasar mi carta de renuncia al cargo que vengo desempeñando como auxiliar de enfermería con ustedes, desde el 06 de septiembre del 2024 hasta el día de hoy 20 de febrero del 2025, por motivos personales agradeciendo la gran oportunidad que me dieron por trabajar para ustedes.

Atentamente:

Diana Ramirez

DIANA MARCELA RAMIREZ GAMEZ
CC/: 1.072.423.959 de La Mesa Cundinamarca
Tel: 3219830503

Recibo 20/02/2025
De manera pura y simple

La Mesa, Cundinamarca

18 de febrero de 2025

Señores MESALUD

Asunto: Renuncia al cargo de Enfermera Profesional

Respetados señores.

Por medio de la presente, presento formalmente mi renuncia al cargo de Enfermera Profesional en el Centro de Alta Dependencia Gemelas, con efecto a partir del 18 de febrero de 2025, fecha en la que culminé mis labores en la institución.

Esta decisión responde a razones personales, y quiero expresar mi agradecimiento por la oportunidad de haber formado parte del equipo de trabajo, así como por la experiencia adquirida durante mi tiempo en la institución.

Aprecio el apoyo brindado y quedo atenta para realizar cualquier trámite administrativo necesario para formalizar mi retiro.

Ausentismo desde el 13 de Feb.

Se recibe de Manera pura y simple.
18/02/2025

Atentamente,
Karen Dayana Ruge M.
Karen Dayana Ruge Melo
Enfermera Profesional

La Mesa, Cundinamarca
06 de febrero de 2025

Señora
Alba Damarys Riscanevo Puentes
Coordinadora
Centro de Alta Dependencia Gemelas

Referencia: Solicitud de permiso laboral

Respetada Señora Riscanevo Puentes:

Por medio de la presente, me permito solicitar un permiso laboral para los días **13, 14, 17, 18, 19 de febrero de 2025**, debido a un viaje por motivos personales.

Me comprometo a realizar los ajustes necesarios en mi programación laboral para garantizar la continuidad de las actividades durante mi ausencia. Además, quedo a su disposición para atender cualquier trámite o documentación que sea requerida para formalizar esta solicitud.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su amable respuesta.

Recibido
Feb 06/2025
8:50 a.m.

Atentamente,
Karen Dayana Ruge Melo
Enfermera Profesional
Centro de Alta Dependencia Gemela

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO
Tel. 8475026

NIT: 860020094 - 8

LUGAR FACTURACION: HOSPITAL
Codigo Habilitación No. 252450005701

RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DESDE EL NUMERO HNSC 558829 AL 999999 DESDE EL 31 DE MAYO DEL 2024 AL 31 DE MAYO DE 2025

SERVICIO: URGENCIAS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HNSC 754112
FECHA: 19/02/2025 17:30:00
FECHA VENCIMIENTO: 20/05/2025

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 999999999-4 PARTICULARES **Contrato:** PARTICULAR

Paciente: LAURA CAMILA RODRIQUEZ GARZON **Tipo / No. Documento:** CC 1003650696 **Edad:** 25 A 0 M 0 D 0 H
Dirección: CALLE 3 NUMERO 3-41 **Telefono:** 3118173884
Estrato: No Aplica **T. Usuario:** Otro **Carnet:**
No. Autorización: Sin Autorizacion **Recibo de caja No.** 228997

Ingreso: 19/02/2025 12:48:00 **Egreso:** 19/02/2025 16:58:00 **Dx Egreso:** A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable | **Firma Cajero** | **Firma Gerente**

Usuario que Elabora: NICOLAS GONZALEZ ORJUELA

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE: 5d64ea1b187d8678cfc005f82c679425592540db69e31f12b9323234b5dc80100140f053bc4e8f6e834b2d02c17e83f1
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 19/02/2025 17:31:00

La Mesa, Cundinamarca Febrero 14 de 2025

Señores
Ing. Ana María Velandia
Recursos humanos
La Mesa, Cundinamarca

Asunto: Solicitud permiso

Cordial saludo,

De manera atenta me permito solicitar permiso para ausentarme de mis labores diarias el día sabado 15 de febrero del presente año. Esto con el fin de realizar algunas diligencias personales.
Permiso que no tendra remuneracion.
Agradeciendo la atencion prestada y comprension.

Cordialmente,

Hernan Dario Torriego Ortiz.
CC. 79.742682 de Bta.
Tallerista.

14/02/2025
8:00 a.m.

Camila Martinez

E. S. E. HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
NIT. 890.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio:
Fecha Actual : martes, 11 febrero 2025

EPICRISIS

Consecutivo: Nº245174

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 11/02/2025 2:05:55 p. m. **Ingreso:** 2060413 **Fecha Ingreso:** 11/02/2025 8:29:30 a. m. Confirmado
Médico: 1043933507 LUISA FERNANDA GALINDO BALLESTAS
Informacion Paciente: SAMUEL CARVAJAL MARTINEZ **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino
Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad **Número:** 1195465617 **Edad:** 9 Años / 10 Meses / 16 Días **F. Nacimiento:** 28/03/2015 12:00:00 a. m.
E.P.S: 3046 COMPENSAR EPS

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso: Ninguna **Fecha Egreso:** 11/02/2025 2:05:55 p. m. **Estado:** VIVO

Motivo Consulta: TIENE DOLOR DDE ESTOMAGO Y DIARREA

Enfermedad Actual: MASCULINO DE 9 AÑOS TRAIDO POR SU MADRE POR CUADRO CÍNICO DE UN DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MULTIPLES DEPOSICIONES DIARREICAS CON MOCO SIN SANGRE ASOCIADOS A DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, Y PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, REFIERE TOMA DE ACETAMINOFEN CON LEVE MEJORÍA DE LA FIEBRE, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA

Revisión del Sistema: NO REFIERENO REFIERENO REFIERENO REFIERENO REFIERENO REFIERENO REFIERENO REFIERE

Indica Med/Conducta:

Estado Ingreso:

Antecedentes:

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:

Indicación Paciente: Tipo:Médicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: NiegaTipo:Quirúrgicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: NiegaTipo:Tóxicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: Abuela y bisabuelo tabaquismo activo, viven con elTipo:Alérgicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: NiegaTipo:Inmunológicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: PAI completoTipo:Farmacológicos Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: NiegaTipo:Familiares Fecha: 20/06/2018 08:48 a. m.Detalle: NiegaTipo:Médicos Fecha: 04/08/2023 01:38 a. m.Detalle: NIEGA

Examen Físico: PARACLINICOS HEMOGRAMA : CELULAS BLANCAS: 11.960, NEUTROFILOS: 88.5, HB: 14.69, CHTO: 42.1, PLAQUETAS: 310.000COPROSCOPICO : ERTROCITOS : 8-10 X CAMPO, FLORA BACTERIANA AUMENTADA . LEUCITOS: 10-15 X CAMPO , PRESENCIA DE TROZOFOITOS DE AMEBAS .

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

Abdomén: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, MURPHY NEGATIVO, ROVSING NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVOCardiopulmonar y Tórax: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOSPiel y Mucosa: MUCOSA ORAL SEMISECA, ROSADA, PIEL CON LEVE PALIDEZ MUCOCUTÁNEA GENERALIZADACABEZA: NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA SIN LESIONES, CUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, SIN ADENOPATÍAS PALPABLES EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, MÓVILES, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS NI MEGALIAS, SIN ASCITIS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALSIS (+)TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOROSO A LA DIGITOPRESION, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLO AUDIBLE, PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NEUROLÓGICO: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS, SIN DEFICIT APARENTE,

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	☑

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Egreso	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	☑

EVOLUCIONES

FECHA	DESCRIPCIÓN	MÉDICO
11/02/2025 9:38:59 a. m.	MASCULINO DE 9 AÑOS CON CUADRO CLÍNICO DESCRITO. AL MOMENTO DE LA VALROACIÓN SE ENCUENTRA PACIENTE ALERTA, CON PICO FEBRIL DE 37.8 GRADOS, CON LEVE DESHIDRATACIÓN, SIN SIRS, CON SIGNOS VITALES CON TAQUICARDIA, RESTO DE SIGNOS VITALES EN PARAMETROS NORMALES, AL EXAMEN FÍSICO CON HALLAZGO DE MUCOSA ORAL SEMISECA, LEVE PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, POR LO CUAL SE CONSIDERA INGRESO A	REYES ALVAREZ ANDRES ALFONSO

11/02/2025 2:05:34 p. m. PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD EN CONTEXTO DE :- GASTOENTERITIS SECUNDARIO A AMEBIASIS PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD EN CONTEXTO DE GASTRIOENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN BACTERIANO DADO POR CUADRO DE INGRESO CARACTERIZADO POR DEPOSICIONES LIQUIDAS . HEMOGRAMA CON LEVE LEUCITOSIS A EXPENSAS DE NEUTROFILIAM , NO ANEMIA , NO TROMBOCITOPENIA, COPROSCOPICO CON PRESENCIA DE ERITROCITOS Y PRESENCIA DE TROZOFOITOS DE AMEBAS . EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION CLINICA POR LO QUE SE DA EGRESO MEDICO CON FORMULACION Y SE DA SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA . GALINDO BALLESTAS LUISA FERNANDA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
19273	COPROSCOPICO (INCLUYE PH SANGRE AZUCARES REDUCTORES Y PARASITOS)	☑
19775	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	☑
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	☑
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	☑

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
151801010029	SALES DE HIDRATACION ORAL SOBRE PARA DISOLVER	☑
151801010051	LACTATO DE RINGER 500CC SOLUCION INYECTABLE	☑
151801010205	ACETAMINOFEN X 500 mg TABLETA	☑
151801010281	METRONIDAZOL 500mg TABLETA	☑
151801010504	SULFATO DE ZINC 2 mg/ ml SOLUCION ORAL FRASCO X 80 ml	☑
151801010811	ACETAMINOFÉN 1 GR/100 ML (1%) SOLUCION INYECTABLE	☑

Profesional GALINDO BALLESTAS LUISA FERNANDA
Registro Profesional 1043933507
Especialidad 389 - MEDICINA GENERAL

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Follo: 11/02/2025 2:05:34 p. m.
Fecha Actual : martes, 11 febrero 2025

INCAPACIDAD MEDICA

Nº115693

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 11/febrero/2025 02:05 p. m.

Médico: 1043933507 LUISA FERNANDA GALINDO BALLESTAS

Información Paciente: SAMUEL CARVAJAL MARTINEZ **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad **Número:** 1195465617 **Edad:** 9 Años / 10 Meses / 16 Días **F. Nacimiento:** 28/03/2015

Entidad: 3046 COMPENSAR EPS CONTRIBUTIVO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Diagnostico: A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Días de Incapacidad: 2 **Fecha Inicial:** 11/02/2025 12:00:00 a. m. **Fecha Final:** 12/02/2025 12:00:00 a. m.

INCAPACIDAD MEDICA POR 2 DIAS

Dra. Luisa F. Galindo B.
Medico General
R.M. 1043933507
Universidad Simón Bolívar

PROFESIONAL: GALINDO BALLESTAS LUISA FERNANDA
RM: 1043933507
389 - MEDICINA GENERAL

E. S. E. HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
NIT. 890.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio: 11/02/2025 2:05:34 p. m.
Fecha Actual : martes, 11 febrero 2025

CONSTANCIA MEDICA

Nº10663

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 11/febrero/2025 01:50 p. m.

Médico: 1043933507 LUISA FERNANDA GALINDO BALLESTAS

Informacion Paciente: SAMUEL CARVAJAL MARTINEZ **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad **Numero:** 1195465617 **Edad:** 9 Años / 10 Meses / 16 Días **F. Nacimiento:** 28/03/2015

E.P.S: EPS008 COMPENSAR E.P.S.

Entidad:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

SE GENERA CONSTANCIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE MADEREV LAURA MARTINEZ CC.: 1072431612

E. S. E. HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ
NIT. 890.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVARÉZ DÍAZ
Nit. 890.680.027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel: +057-3172601556

Fecha de Folio: 3/02/2025 9:10:38 a. m.
Fecha Actual : lunes, 03 febrero 2025

INCAPACIDAD MEDICA

Nº115292

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 03/febrero/2025 09:10 a. m.

Médico: 1010206124 SEBASTIAN CAMILO LOPEZ QUIROGA

Información Paciente: XIMENA ANDREA VALERO TRUJILLO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1003967059 **Edad:** 30 Años / 8 Meses / 3 Días **F. Nacimiento:** 01/06/1994

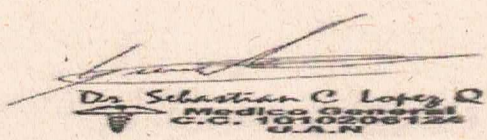
Entidad: 3046 COMPENSAR EPS CONTRIBUTIVO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Diagnostico: M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Días de Incapacidad: 2 **Fecha Inicial:** 3/02/2025 12:00:00 a. m. **Fecha Final:** 4/02/2025 12:00:00 a. m.

REPOSO .



PROFESIONAL: LOPEZ QUIROGA SEBASTIAN CAMILO
RM: 1010206124
389 - MEDICINA GENERAL

La Mesa, 30 de Enero de 2025.

Señorita:
Ana María Velandia Fajardo
Jefe de Recursos Humanos

Cordial saludo.

La presente tiene como fin solicitar una licencia no remunerada para ausentarme los días del 3 al 5 de febrero del presente año.
Motivo regalo de viaje en familia a conocer el mar.

Agradezco su comprensión y colaboración quedando en espera a su respuesta.

Atentamente:

Paola Rodriguez

YINA PAOLA RODRIGUEZ RINCON
CC. 1072429650
Linea de Frente
Mesalud Ltda

Rb: Paola Rodriguez
30 enero 125

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20250208-001538-4b7440-63637067
2025-02-08T00:16:29-05:00 - Pagina 1 de 5

ACTA

FECHA: Bogotá, Febrero, 07 de 2025.
HORA: 10:00 p.m.
LUGAR: Sesión Virtual.

TEMA: **AVAL HOJA DE VIDA TALENTO HUMANO CONTRATO 9114 DE 2024 CENTRO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS HABITANTES DE CALLE CON ALTA DEPENDENCIA FÍSICA, MENTAL O COGNITIVA – MESALUD LTDA.**

ASISTENTES: Diana Carolina Chica Lopez – Apoyo a la Supervisión
Diana Carolina Infante Peña – Apoyo a la Supervisión

ORDEN DEL DÍA:

1. Recibir vía correo electrónico la hoja de vida del talento humano enviada por el contratista para la operación del contrato 9114-24
2. Hacer la respectiva revisión de documentos para verificar cumplimiento de requisitos mínimos para el perfil.
3. Generar acta de aval talento humano.

DESARROLLO:

En cumplimiento a lo establecido en anexó técnico, numeral 4. Talento Humano: "... *El contratista se obliga a presentar las hojas de vida con los soportes que acrediten la idoneidad y experiencia laboral, exigidos para cada uno de los roles que conformarán el equipo de atención, de manera oportuna de acuerdo a lo que se defina en el cronograma, con el fin de que el supervisor del contrato verifique el cumplimiento de los requisitos establecidos para el talento humano y otorgue el aval para la contratación.*

Dicha verificación y el aval otorgado como resultado de la misma deberán ser soportados mediante un acta, debidamente elaborada y firmada por la supervisión del contrato. Así mismo, se deberá elaborar un acta cuando, durante la ejecución del contrato, se

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20250208-001536-4b7440-63637067
2025-02-08T00:16:29-05:00 - Pagina 2 de 5

presenten modificaciones en la contratación del talento humano que impliquen el cambio de personal, en todo caso, el contratista no deberá suscribir contratos sin el aval previo de la supervisión."

Para ello, el supervisor del contrato, a través del equipo de apoyo a la supervisión y el líder, recibieron y revisaron la hoja de vida con los documentos, para verificar cumplimiento de requisitos mínimos de los perfiles según el anexo técnico. El resultado fue informado al contratista de manera oportuna por correo electrónico para dar continuidad al proceso.

A continuación, se relaciona el resultado de la verificación:

ITEM	CARGO	NOMBRE	PERFIL ACADEMICO	EXPERIENCIA LABORAL	OBSERVACIONES SUPERVISIÓN
1	Terapeuta Ocupacional	GABRIELA FERNANDA HIDALGO PEREZ CC. 36862529	Título profesional en terapia ocupacional	Con experiencia profesional mínima de un (1) año que incluya tres (3) meses en atención a población vulnerable	CUMPLE CON EL PERFIL

Nota: Este documento tiene validez por ocho (8) días calendario para la contratación del perfil aprobado en el presente documento.

Es importante resaltar que el aspirante a partir de la fecha va a tener vinculación según el perfil aprobado y si existiese aprobaciones anteriores al aspirante, el presente documento revoca dichas aprobaciones.

Una vez sea contratado el perfil se debe enviar copia del contrato a la secretaria de Integración Social (Subdirección para la Adultez)

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250208-001536-4b7440-63637067
2025-02-08T00:16:29-05:00 - Pagina 3 de 5

Diana Carolina Chica Lopez	Apoyo a la Supervisión	Subdirección para la Adultez	

Elaboró: Diana Carolina Infante Peña equipo de Apoyo a la Supervisión - Subdirección para la Adultez

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250208-001538-4b7440-63637067
2025-02-08T00:16:29-05:00 - Pagina 4 de 5

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

Acta Aprobacion HV Cont. No. 9114-24 ALTA DEPENDENCIA GEMELAS II 07022024

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20250208-001538-4b7440-63637067

Estado: Finalizado

Creación: 2025-02-08 00:15:38

Finalización: 2025-02-08 00:16:28

Escanee el código para verificación

Elaboración: Apoyo a la Supervisión



Diana Carolina Chica López
53017389
dchical@sdis.gov.co
Apoyo a la Supervisión Componente Administrativo y Financiero
Secretaria Distrital de Integración Social

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250208-001538-4b7440-63637067
2025-02-08T00:16:29-05:00 - Pagina 5 de 5

REPORTE DE TRAZABILIDAD

Acta Aprobacion HV Cont. No. 9114-24 ALTA DEPENDENCIA GEMELAS II 07022024

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20250208-001538-4b7440-63637067

Creación: 2025-02-08 00:15:38

Estado: Finalizado

Finalización: 2025-02-08 00:16:28

Escanee el código para verificación

TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Elaboración	Diana Carolina Chica López dchical@sdis.gov.co Apoyo a la Supervisión Componente Admini Secretaria Distrital de Integración Soci	Aprobado	Env.: 2025-02-08 00:15:56 Lec.: 2025-02-08 00:16:22 Res.: 2025-02-08 00:16:28 IP Res.: 181.71.0.13

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314
2025-02-20T16:45:29-05:00 - Pagina 1 de 5

ACTA

FECHA: Bogotá, Febrero, 20 de 2025.
HORA: 03:00 p.m.
LUGAR: Sesión Virtual.

TEMA: **AVAL HOJA DE VIDA TALENTO HUMANO CONTRATO 9114 DE 2024 CENTRO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS HABITANTES DE CALLE CON ALTA DEPENDENCIA FÍSICA, MENTAL O COGNITIVA – MESALUD LTDA.**

ASISTENTES: Diana Carolina Chica Lopez – Apoyo a la Supervisión
Diana Carolina Infante Peña – Apoyo a la Supervisión

ORDEN DEL DÍA:

1. Recibir vía correo electrónico la hoja de vida del talento humano enviada por el contratista para la operación del contrato 9114-24
2. Hacer la respectiva revisión de documentos para verificar cumplimiento de requisitos mínimos para el perfil.
3. Generar acta de aval talento humano.

DESARROLLO:

En cumplimiento a lo establecido en anexó técnico, numeral 4. Talento Humano: "... *El contratista se obliga a presentar las hojas de vida con los soportes que acrediten la idoneidad y experiencia laboral, exigidos para cada uno de los roles que conformarán el equipo de atención, de manera oportuna de acuerdo a lo que se defina en el cronograma, con el fin de que el supervisor del contrato verifique el cumplimiento de los requisitos establecidos para el talento humano y otorgue el aval para la contratación.*

Dicha verificación y el aval otorgado como resultado de la misma deberán ser soportados mediante un acta, debidamente elaborada y firmada por la supervisión del contrato. Así mismo, se deberá elaborar un acta cuando, durante la ejecución del contrato, se

Firmado Electrónicamente con AZSign
Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314
2025-02-20T16:45:29-05:00 - Pagina 2 de 5

presenten modificaciones en la contratación del talento humano que impliquen el cambio de personal, en todo caso, el contratista no deberá suscribir contratos sin el aval previo de la supervisión."

Para ello, el supervisor del contrato, a través del equipo de apoyo a la supervisión y el líder, recibieron y revisaron la hoja de vida con los documentos, para verificar cumplimiento de requisitos mínimos de los perfiles según el anexo técnico. El resultado fue informado al contratista de manera oportuna por correo electrónico para dar continuidad al proceso.

A continuación, se relaciona el resultado de la verificación:

ITEM	CARGO	NOMBRE	PERFIL ACADEMICO	EXPERIENCIA LABORAL	OBSERVACIONES SUPERVISIÓN
1	Auxiliar de enfermería	26. JESHICA FERNANDA NARANJO MONTENEGRO CC. 1070325318	Titulo Auxiliar de enfermería	Con experiencia laboral de un (1) año	CUMPLE CON EL PERFIL

Nota: Este documento tiene validez por ocho (8) días calendario para la contratación del perfil aprobado en el presente documento.

Es importante resaltar que el aspirante a partir de la fecha va a tener vinculación según el perfil aprobado y si existiese aprobaciones anteriores al aspirante, el presente documento revoca dichas aprobaciones.

Una vez sea contratado el perfil se debe enviar copia del contrato a la secretaria de Integración Social (Subdirección para la Adultez)

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314
2025-02-20T16:45:29-05:00 - Pagina 3 de 5

Diana Carolina Chica Lopez	Apoyo a la Supervisión	Subdirección para la Adultez	

Elaboró: Diana Carolina Infante Peña equipo de Apoyo a la Supervisión - Subdirección para la Adultez

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314
2025-02-20T16:45:29-05:00 - Pagina 4 de 5

REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

Acta Aprobacion HV Cont. No. 9114-24 ALTA DEPENDENCIA GEMELAS II 20022025

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314

Estado: Finalizado

Creación: 2025-02-20 16:38:37

Finalización: 2025-02-20 16:45:28

Escanee el código para verificación

Elaboración: Apoyo a la Supervisión

Diana Carolina Chica López
53017389
dchical@sdis.gov.co
Apoyo a la Supervisión Componente Administrativo y Financiero
Secretaria Distrital de Integración Social

Firmado Electronicamente con AZSign
Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314
2025-02-20T16:45:29-05:00 - Pagina 5 de 5

REPORTE DE TRAZABILIDAD

Acta Aprobacion HV Cont. No. 9114-24 ALTA DEPENDENCIA GEMELAS II 20022025

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: azsign.com.co

Id Acuerdo: 20250220-163837-789436-20140314

Creación: 2025-02-20 16:38:37

Estado: Finalizado

Finalización: 2025-02-20 16:45:28

Escanee el código para verificación

TRAMITE	PARTICIPANTE	ESTADO	ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA
Elaboración	Diana Carolina Chica López dchical@sdis.gov.co Apoyo a la Supervisión Componente Admini Secretaria Distrital de Integración Soci	Aprobado	Env.: 2025-02-20 16:38:55 Lec.: 2025-02-20 16:45:18 Res.: 2025-02-20 16:45:28 IP Res.: 181.71.0.13

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	ROJAS VILLAR VANESSA		
NIT	1.016.102.966-7		
Dirección	CLL 18 86 55 APTO 701		
Teléfono	3212201532		
Ciudad	B2GOTA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4122

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12307

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130070000	TERAPEUTA OCUPACIONAL		.00	.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12307 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :30e6ceafcca509e2223db5ba7dc2844b1ee03ae460f15f6da925650c8beef316f4d5db732f1c25f5ddee988ebb793384

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016102966
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			VANESSA ROJAS VILLAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 18 86 55 TORRE 9 AP 701	TELÉFONO:	7549205
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7956481753			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1288096642		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 281.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.600	$ 0	$ 281.600
SUBTOTALES:										**$ 281.600**	**$ 0**	**$ 281.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 220.000
SUBTOTALES:													**$ 220.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 220.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.400	$ 18.400	$ 0	$ 0	$ 18.400	
SUBTOTALES:									**$ 18.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.400**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES										
																												PENSIÓN								SALUD							ARP																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	RESIDENTE EN FRONTERA	RESIDENTE FUERA DEL PAÍS	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	RETIRO POR TRASLADO	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
											IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP																																		
1	CC 1016102966	ROJAS VILLAR VANESSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.759.890				NO																			25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.759.890	$ 281.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 281.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.759.890	$ 220.000	$ 0	$ 220.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1.759.890	101610296	$ 18.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 520.000**

Planilla Pagada

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	VACA SUAREZ LILIANA LISETH		
NIT	1.014.290.467-		
Dirección	CR 105F 65A 28		
Teléfono	3504403763		
Ciudad	B2GOTA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4124

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12309

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130070000	TERAPEUTA OCUPACIONAL		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12309 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :8599939e7b98f161cd2520a42499488eaf7ca8da8a406266e12f6c3d55e81980dc1190de728479a29f4bd165276a479b

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-23, 10:38:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069192751

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 02/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA LISETH VACA SUAREZ		
Documento	CC1014290467	**Dirección**	CR 105F OESTE #65 A - 28 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3504403763
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1014290467	LILIANA LISETH VACA SUAREZ	59	00								X									0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.883.786	$ 301.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.883.786	$ 235.500	1,044	$ 1.883.786	$ 19.700	(CCFZ2) COLSUBSIDIO	$ 1.883.786	$ 37.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 594.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.883.786	$ 1.883.786	$ 1.883.786	$ 1.883.786	$ 301.500	$ 235.500	$ 19.700	$ 37.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 594.400	$ 0	$ 594.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	PATIÑO VILLAMIL ADRIANA DEL SOCORRO		
NIT	39.757.152-2		
Dirección	CALLE 5 BIS 26 55		
Teléfono	3002103185		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4125

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12310

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130070000	TERAPEUTA OCUPACIONAL		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12310 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo M desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :81664d5006ef06517635f0514197407f58bd3f5ccbfd2829768653cf85fb79c5fd23dcfbbdf9387fe644ed1c15582a64

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	39757152	ADRIANA DEL SOCORRO PATIÑO VILLAMIL	Calle 5Bis # 26-55	9504234	apatinovilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	LA MESA		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
					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	19/02/2025	84296108	$556.700	

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	235.500	0		0		0	0	0	0	235.500	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	301.500	0	0	0	0	0	0		301.500	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	19.700				19.700	0	0	19.700			197	19.700	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	235.500	235.500
Pensión	1	301.500	301.500
Riesgos Laborales	1	19.700	19.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.700	556.700

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	39757152	ADRIANA DEL SOCORRO PATIÑO VILLAMIL	Calle 5Bis # 26-55	9504234	apatinovilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	LA MESA		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	
2025-02	2025-02	I	19/02/2025	84296108	$556.700	

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	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	39757152	PATIÑO VILLAMIL ADRIANA DEL SOCORRO	59	0			N																	25-14	1.883.786	301.500	0	0	0	0	EPS008	1.883.786	235.500	14-4	1.883.786	2	19.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	MARTINEZ CANTOR ANGIE TATIANA		
NIT	1.020.794.513		
Dirección	MZ C CASA 3 BRR VILLA NUEVA		
Teléfono	3182002917		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4127

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12311

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130070000	TERAPEUTA OCUPACIONAL		.00	.00	4,552,484.00

Total Bruto	4,552,484.00
Total a Pagar	**$ 4.552.484,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.552.484,00 Cuota 1 P - 004- 12311 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Quinientos Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Ochenta Y Cuatro Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :1fa88d038b30e66a0623831846468e301d092c0fafca5df4600a1efdfdc31f006508d4f8e06e0ad85d9fb986846ae43e

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	1020794513	ANGIE TATIANA MARTINEZ CANTOR	Dg 145 N 141 A 50 Et 4 C 7 Lote C1	3561800	Tocupacionaltatiana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	! – 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	
2025-02	2025-02	I	18/02/2025	84249151	$556.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	235.500	0		0		0	0	0	0	235.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	301.500	0	0	0	0	0	0		301.500	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	19.700				19.700	0	0	19.700			197	19.700	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	235.500	235.500
Pensión	1	301.500	301.500
Riesgos Laborales	1	19.700	19.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.700	556.700

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	1020794513	ANGIE TATIANA MARTINEZ CANTOR		Dg 145 N 141 A 50 Et 4 C 7 Lote C1	3561800	Tocupacionaltatiana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	18/02/2025	84249151	$556.700	

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	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	1020794513	MARTINEZ CANTOR ANGIE TATIANA	59	0			N																	230301	1.883.800	301.500	0	0	0	0	EPS017	1.883.800	235.500	14-4	1.883.800	2	19.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	HIDALGO PEREZ GABRIELA FERNANDA		
NIT	36.862.529-3		
Dirección	LA MESA		
Teléfono	3215614785		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4129

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12313

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130070000	REHABILITACION (TERAPIAS)		.00	2,982,662.00	2,982,662.00

Total Bruto	2,982,662.00
Total a Pagar	**$ 2.982.662,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 2.982.662,00 Cuota 1 P - 004- 12313 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Novecientos Ochenta Y Dos Mil Seiscientos Sesenta Y Dos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :bfa921885ad018a563f761b51359622c3660855cdb50566a38040932e84cd7736bc1a660e0f20b621e82f436b29b1efc

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36862529		HIDALGO PEREZ GABRIELA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 4a n 34-01	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1287594821	9481994010	I	2025/03/10	2025/02/24	BANCOLOMBIA	0	$556,700

LIQUIDACION 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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	36862529	HIDALGO PEREZ GABRIELA FERNANDA							X											230301	30	$1,883,784	$301,500	EPS037	30	$1,883,784	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,784	$19,700	0	$0	$0	No	$556,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,883,784	$301,500			$1,883,784	$235,500			$0	$0			$1,883,784	$19,700		$0	$0		$556,700

2025/02/24 05:46 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36862529		HIDALGO PEREZ GABRIELA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 4a n 34-01	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1287594821	9481994010	I	2025/03/10	2025/02/24	BANCOLOMBIA	0	$556,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				1	$556,700	$0	$0	$556,700

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	RUGE MELO KAREN DAYANA		
NIT	1.026.276.560-3		
Dirección	CL 2 2 82		
Teléfono	305757680		
Ciudad	TENA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4130

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12314

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110530000	ENFERMERIA SUPERIOR		.00	1,883,786.00	1,883,786.00

Total Bruto	1,883,786.00
Total a Pagar	**$ 1.883.786,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 1.883.786,00 Cuota 1 P - 004- 12314 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Un Millon Ochocientos Ochenta Y Tres Mil Setecientos Ochenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :f2d26e687826bcaee68e895b8f3f8b1aa1f950a1977043ecdd295ff6c69055df3f6d710899b8c97be8c5aff27c433cdd

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026276560		RUGE MELO KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA JAVIER #1	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
2025-02	2025-02	1284879665	9481986231	I	2025/03/14	2025/02/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 1026276560	RUGE KAREN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026276560		RUGE MELO KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA JAVIER #1	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
2025-02	2025-02	1284879665	9481986231	I	2025/03/14	2025/02/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	SILVA PALENCIA ANDREA TATIANA		
NIT	55.069.669-4		
Dirección	CALLE 9A 26-40		
Teléfono	3228863726		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4121

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12306

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130090000	FISIOTERAPIA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12306 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :aab2a53f5c636d71260ef39135130bfc9d974488245ee392d96f79ca2922ce412ad27b263a88f43d075d7b6c9829be6d

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 55069669		SILVA PALENCIA ANDREA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 2A 1A-01 TERMITAS	GARZON-HUILA	8333471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	8482557000	9480982557	I	2025/03/17	2025/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$556,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				1	$556,700	$0	$0	$556,700

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 55069669		SILVA PALENCIA ANDREA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 2A 1A-01 TERMITAS	GARZON-HUILA	8333471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	8482557000	9480982557	I	2025/03/17	2025/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$556,700

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: GARZON Depto: HUILA (1 Afiliados)					**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**
1	CC	55069669 SILVA ANDREA	230301	30	$1,883,786	$301,500	EPS008	30	$1,883,786	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,786	$19,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**

2025/02/12 03:00 PM

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	ESPINOSA RAIRAN SINDY KATHERINE		
NIT	1.018.490.841-		
Dirección	MNZ D CASA 25		
Teléfono	3206097870		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4132

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12315

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130090000	FISIOTERAPIA		.00	3,767,573.00	3,767,573.00

Total Bruto	3,767,573.00
Total a Pagar	**$ 3.767.573,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 3.767.573,00 Cuota 1 P - 004- 12315 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Sesenta Y Siete Mil Quinientos Setenta Y Tres Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :9f420d21ef65bc0ffa736b80e850806c81132a4fecf614966981f624a26adfea7921b94caaa0116e0badd9cb8d3aadb0

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 1018490841		ESPINOSA RAIRAN SINDY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 88 #26A-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8520741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1235999947	9480785047	I	2025/03/11	2025/02/03	BANCO DE BOGOTA	0	$556,700

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**
1	CC	1018490841	ESPINOSA SINDY	230301	30	$1,883,786	$301,500	EPS017	30	$1,883,786	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,786	$19,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						**$1,883,786**	**$301,500**			**$1,883,786**	**$235,500**			**$0**	**$0**			**$1,883,786**	**$19,700**		**$0**	**$0**

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	RUIZ MARIÑO CARLOS ANDRES		
NIT	1.023.006.865-6		
Dirección	CL 76 C 5 28 SUR		
Teléfono	3102458968		
Ciudad	B2GOTA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4133

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12317

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130090000	FISIOTERAPIA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12317 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :0dafb180f7186e372edc1fc5e190f98b1eed109c0b9b3edf9b1c471c7b760791d0d23044992fa43877d284c0aeb5dcd5

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	1023006865	CARLOS ANDRES RUIZ MARIÑO		calle 128 50 15	3219545083	carlos-95-112@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-02	2025-02	I	03/02/2025	83808857	TOTAL A PAGAR	
					$594.400	

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	235.500	0		0		0	0	0	0	235.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	301.500	0	0	0	0	0	0		301.500	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	19.700				19.700	0	0	19.700			197	19.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.700	0	0	37.700	1

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	235.500	235.500
Pensión	1	301.500	301.500
Riesgos Laborales	1	19.700	19.700
CCF	1	37.700	37.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	594.400	594.400

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	1023006865	CARLOS ANDRES RUIZ MARIÑO		calle 128 50 15	3219545083	carlos-95-112@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	03/02/2025	83808857	$594.400	

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	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	1023006865	RUIZ MARIÑO CARLOS ANDRES	59	0			N																230301	1.883.800	301.500	0	0	0	0	EPS005	1.883.800	235.500	14-4	1.883.800	2	19.700	CCF24	1.883.800	37.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	EDITH YOLANDA LEON SANCHEZ		
NIT	35.419.071-		
Dirección	LA MESA		
Teléfono	3227151185		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4134

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12318

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6130090000	FISIOTERAPIA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12318 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :4bf69fbc7265c0f9812a067d70449d91c959a97d7a137f0e2295ccedb51a05b51c83870801709c9286ed629e9b0f1cda

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-24, 11:19:41 a. m. **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES. **Número Planilla:** 1069446860

Periodo cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 24/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLANDA LEON SANCHEZ		
Documento	CC 35419071	**Dirección**	CLL 6 No 7 - 36
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8520254
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	ZIPAQUIRA	**Departemento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal	EDITH YOLANDA LEON SANCHEZ	**Identificación**	CC 35419071
Total de Afiliados	1	**ARP**	ARL COLPATRIA

II.DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Indetificacion	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AE	Dias EP	Dias AR	Dias CC	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte MINISTERIO	Total
CC 35419071	EDITH YOLANDA LEON SANCHEZ	01	00																		30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.883.786	$ 301.406	(CCF24) COMPENSAR	$ 1.883.786	$ 235.473	1,044%	$ 1.883.786	$ 19.667	(NIN-CC) (NINGUNA CCF)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 556.546

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgo	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.883.786	$ 1.883.786	$ 1.883.786	$ 0	$ 301.406	$ 235.473	$ 19.667	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 556.546

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	LEON CUBILLOS JENNY ANDREA		
NIT	1.110.563.124-		
Dirección	CALLE 6 # 20-20		
Teléfono	3115224327		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4136

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12319

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110440000	PSICOLOGIA		.00	.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12319 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :c562c0bcd312161551d54677790d42f734797d916993bc16a3feefccf5f0282d1106b8af61927fd2111546308ef0e93b

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 1110563124		LEON CUBILLOS JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 06 09 BR SANTA BARBARA	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1233717236	9480642418	I	2025/03/07	2025/02/03	BANCO DE BOGOTA	0	$520,000

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0
1	CC	1110563124	LEON JENNY	230301	30	$1,759,890	$281,600	EPS017	30	$1,759,890	$220,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,759,890	$18,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,759,890	$281,600			$1,759,890	$220,000			$0	$0			$1,759,890	$18,400		$0	$0

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 1110563124		LEON CUBILLOS JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 06 09 BR SANTA BARBARA	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1233717236	9480642418	I	2025/03/07	2025/02/03	BANCO DE BOGOTA	0	$520,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,400	$0	$0	$18,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,400	$0	$0	$18,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				1	$520,000	$0	$0	$520,000

2025/01/31 07:11 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 1110563124		LEON CUBILLOS JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 06 09 BR SANTA BARBARA	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1287234893	9481929971	N	2025/03/07	2025/02/24	NEQUI	0	$36,700

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$123,896	$19,900			$123,896	$15,500			$0	$0			$123,896	$1,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$123,896**	**$19,900**			**$123,896**	**$15,500**			**$0**	**$0**			**$123,896**	**$1,300**		**$0**	$0
Ciudad: LA MESA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						**$123,896**	**$19,900**			**$123,896**	**$15,500**			**$0**	**$0**			**$123,896**	**$1,300**		**$0**	**$0**
1	CC	1110563124	LEON JENNY	230301	30	($1,759,890)	($281,600)	EPS017	30	($1,759,890)	($220,000)		0	$0	$0	14-4	30	($1,759,890)	($18,400)	0	$0	$0
2	CC	1110563124	LEON JENNY	230301	30	$1,883,786	$301,500	EPS017	30	$1,883,786	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,786	$19,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$123,896**	**$19,900**			**$123,896**	**$15,500**			**$0**	**$0**			**$123,896**	**$1,300**		**$0**	**$0**

2025/02/23 06:51 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 1110563124		LEON CUBILLOS JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 06 09 BR SANTA BARBARA	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1287234893	9481929971	N	2025/03/07	2025/02/24	NEQUI	0	$36,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,900	$0	$0	$19,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$19,900	$0	$0	$19,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$0	$0	$1,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$1,300	$0	$0	$1,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,500	$0	$0	$15,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$15,500	$0	$0	$15,500
TOTAL				1	$36,700	$0	$0	$36,700

2025/02/23 06:51 PM

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	CARDENAS CUERVO LUZ ADRIANA		
NIT	52.616.964		
Dirección	CLL 9 26 58 BRR JOSE ANTONIO OLAYA		
Teléfono	3164406196		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4137

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12321

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110440000	PSICOLOGIA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12321 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :b369cab3b2302cd2bd71b8fb20a3053c2131c309deaa3297075e00bdee1a153b7141761a68256ae855854c935c61f005

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52616964		CARDENAS CUERVO LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 9 # 26 - 58	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9480969237	9480969237	I	2025/03/17	2025/02/17	BANCO DE BOGOTA	0	$594,400

LIQUIDACION 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	52616964	CARDENAS LUZ																		230301	30	$1,883,786	$301,500	EPS017	30	$1,883,786	$235,500	CCF22	30	$1,883,786	$37,700	14-4	30	$1,883,786	$19,700	30	$0	$0	No	$594,400
Total	**Afiliados(1)**																						$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$1,883,786	$37,700			$1,883,786	$19,700		$0	$0		$594,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52616964		CARDENAS CUERVO LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 9 # 26 - 58	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9480969237	9480969237	I	2025/03/17	2025/02/17	BANCO DE BOGOTA	0	$594,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,700	$0	$0	$37,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$37,700	$0	$0	$37,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				1	$594,400	$0	$0	$594,400

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	BARINAS PENAGOS JONATHAN DAVID		
NIT	1.033.714.296-9		
Dirección	LA MESA		
Teléfono	3195124202		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4138

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12322

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110440000	PSICOLOGIA		.00	4,552,484.00	4,552,484.00

Total Bruto	4,552,484.00
Total a Pagar	**$ 4.552.484,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.552.484,00 Cuota 1 P - 004- 12322 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Quinientos Cincuenta Y Dos Mil Cuatrocientos Ochenta Y Cuatro Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo M desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :e1f64bb50e55adda661043b4a70df3a9c343c0afcc540ef3a8746591bcdda26499dc3cc0d190ddad4adc8c9f8d65aac5

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 1033714296		BARINAS PENAGOS JONATHAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 14 # 56 51 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4755917	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1291663689	9481225959	I	2025/03/25	2025/02/25	BANCO CAJA SOCIAL	0	$556,700

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0
1	CC	1033714296 BARINAS JONATHAN	231001	30	$1,883,786	$301,500	EPS017	30	$1,883,786	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,786	$19,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,883,786	$301,500			$1,883,786	$235,500			$0	$0			$1,883,786	$19,700		$0	$0

2025/02/25 04:31 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 1033714296		BARINAS PENAGOS JONATHAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 14 # 36 51 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4755917	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1291663689	9481225959	I	2025/03/25	2025/02/25	BANCO CAJA SOCIAL	0	$556,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				1	$556,700	$0	$0	$556,700

2025/02/25 04:31 PM

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	LOPEZ BARRIOS LUZ ANGELA		
NIT	52.953.983-3		
Dirección	LA MESA		
Teléfono	3133111235		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4140

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12324

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110480000	TRABAJO SOCIAL		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12324 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :eca11f341af63d381f7515a16357efd1c4b421b083f0ad93733e4b7341e651df7952de059baa07b3f5c78c90fd4148eb

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 52953983		LOPEZ BARRIOS LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 D BIS ESTE N. 36 -11 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3675998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1288525892	9482095315	I	2025/03/20	2025/02/24	BANCO CAJA SOCIAL	0	$594,400

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)					$1,883,895	$301,500			$1,883,895	$235,500			$1,883,895	$37,700			$1,883,895	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,883,895	$301,500			$1,883,895	$235,500			$1,883,895	$37,700			$1,883,895	$19,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,883,895	$301,500			$1,883,895	$235,500			$1,883,895	$37,700			$1,883,895	$19,700		$0	$0
1	CC 52953983	LOPEZ LUZ	Z30201	30	$1,883,895	$301,500	EPS005	30	$1,883,895	$235,500	CCF22	30	$1,883,895	$37,700	14-4	30	$1,883,895	$19,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,883,895	$301,500			$1,883,895	$235,500			$1,883,895	$37,700			$1,883,895	$19,700		$0	$0

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 52953983		LOPEZ BARRIOS LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 D BIS ESTE N. 36 -11 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3675998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1288525892	94820953l5	I	2025/03/20	2025/02/24	BANCO CAJA SOCIAL	0	$594,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,700	$0	$0	$37,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$37,700	$0	$0	$37,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				**1**	**$594,400**	**$0**	**$0**	**$594,400**

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	JULIO MUÑOZ ESTEFANY		
NIT	1.140.838.031-5		
Dirección	CALLE 6B # 81B -51		
Teléfono	3214022156		
Ciudad	B2GOTA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4141

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12325

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110330000	NUTRICION Y DIETETICA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12325 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo M desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :f535b0c7b9e312180ca91a38659d172cb104dc5c0ccbfff8336396e5b959f7551a9c80abb3451d12995895565fd6dd02

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	1140838031	ESTEFANY JULIO MUÑOZ	calle 53 C sur No. 87B - 25 manzana k bl. 2	3214022156	stefanyjuliomunoz@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-02	2025-02	I	24/02/2025	84112039	TOTAL A PAGAR	
					$556.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	235.500	0		0		0	0	0	0	235.500	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	301.500	0	0	0	0	0	0		301.500	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	19.700				19.700	0	0	19.700			197	19.700	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	235.500	235.500
Pensión	1	301.500	301.500
Riesgos Laborales	1	19.700	19.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.700	556.700

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	1140838031	ESTEFANY JULIO MUÑOZ		calle 53 C sur No. 87B - 25 manzana k bl. 2	3214022156	stefanyjuliomunoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	24/02/2025	84112039	$556.700	

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	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	1140838031	JULIO MUÑOZ ESTEFANY	59	0			N																	25-14	1.883.786	301.500	0	0	0	0	EPS010	1.883.786	235.500	14-4	1.883.786	2	16.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	RUIZ DIAZ MARIA CAMILA		
NIT	1.043.612.191-2		
Dirección	CALLE 6 27 44		
Teléfono	3015251189		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4143

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12326

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110330000	NUTRICION Y DIETETICA		.00	4,709,466.00	4,709,466.00

Total Bruto	4,709,466.00
Total a Pagar	**$ 4.709.466,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 4.709.466,00 Cuota 1 P - 004- 12326 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Cuatro Millones Setecientos Nueve Mil Cuatrocientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo M desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :f9651432325413227890cdabd2e7b855f73e7ef6a93850619b59043042ffbae9ae973aa1fb025b0069875f2c5a763923

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043612191		RUIZ DIAZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 No. 5-96	SUAN-ATLANTICO	3015251189	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1244240591	9481360470	I	2025/03/21	2025/02/05	BANCO DE BOGOTA	0	$556,700

LIQUIDACION 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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,883,768	$301,500			$1,883,768	$235,500			$0	$0			$1,883,768		$19,700		$0	$0		$556,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,883,768	$301,500			$1,883,768	$235,500			$0	$0			$1,883,768		$19,700		$0	$0		$556,700
Ciudad: SUAN Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							$1,883,768	$301,500			$1,883,768	$235,500			$0	$0			$1,883,768		$19,700		$0	$0		$556,700
1	CC	1043612191	RUIZ MARIA									X									25-14	30	$1,883,768	$301,500	ESSC07	30	$1,883,768	$235,500		0	$0	$0	14-4	30	$1,883,768	1.044%	$19,700	0	$0	$0	No	$556,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,883,768	$301,500			$1,883,768	$235,500			$0	$0			$1,883,768		$19,700		$0	$0		$556,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043612191		RUIZ DIAZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 No. 5-96	SUAN-ATLANTICO	3015251189	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1244240591	9481360470	I	2025/03/21	2025/02/05	BANCO DE BOGOTA	0	$556,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$0	$0	$301,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$301,500	$0	$0	$301,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$19,700	$0	$0	$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,500	$0	$0	$235,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$235,500	$0	$0	$235,500
TOTAL				1	$556,700	$0	$0	$556,700

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	LOPEZ VELA CARLOS GIOVANNI		
NIT	1.071.914.823		
Dirección	CALLE 6A 2 37		
Teléfono	3134100812		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4144

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12327

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110550000	EDUCADOR FISICO		.00	3,924,343.00	3,924,343.00

Total Bruto	3,924,343.00
Total a Pagar	**$ 3.924.343,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 3.924.343,00 Cuota 1 P - 004- 12327 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Novecientos Veinticuatro Mil Trescientos Cuarenta Y Tres Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :52a778aedc9224f137c535c78248f4b5e8af49f134215fba5cc7aa1050c9360981582039 6f1ae19336446a8225ef1d4c

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CARLOS GIOVANNI LOPEZ VELA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1071914823
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-07
FECHA DE PAGO:	2025-02-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	32381860
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32381860
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.569.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.300	$ 196.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.569.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.200	$ 251.200
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 1.569.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.400	$ 16.400
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 1.569.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.400	$ 31.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.300	$ 495.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/04/2025

PAGADO

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	VARGAS MATEUS JUAN ESTEBAN		
NIT	1.003.673.041-1		
Dirección	CL 7 85		
Teléfono	3112609708		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4146

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12329

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110560000	PONDERADO TERAPIAS ALTERNATIVAS		.00	3,000,000.00	3,000,000.00

Total Bruto	3,000,000.00
Total a Pagar	**$ 3.000.000,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 3.000.000,00 Cuota 1 P - 004- 12329 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Tres Millones De Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :fc9bc45b44313c61f145a5ea490dc6af9816db6e92b8284543720766b27cceb71fe8e64d2178adf6c0265b4dbd69b1e3

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003673041		VARGAS MATEUS JUAN ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 7 8-05	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9480787335	9480787335	I	2025/03/11	2025/02/21	BANCO DE BOGOTA	0	$420,700

LIQUIDACION 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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1003673041	VARGAS JUAN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0		$420,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003673041		VARGAS MATEUS JUAN ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 7 8-05	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9480787335	9480787335	I	2025/03/11	2025/02/21	BANCO DE BOGOTA	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

MESALUD LTDA.
NIT : 808000299- 6
CALLE 4A # 27-85
8471777 8470009
LA MESA - COLOMBIA

Señores	RISCANEVO PUENTES HECTOR ALEJANDRO		
NIT	79.065.661-5		
Dirección	MANZANA 2 CASA 13 HATO GRANDE		
Teléfono	3142639948		
Ciudad	LA MESA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	004-4145

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

M - 12328

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-02-27	2025-02-27

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
6110560000	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO		.00	2,442,046.00	2,442,046.00

Total Bruto	2,442,046.00
Total a Pagar	**$ 2.442.046,00**

CONDICION DE PAGO

Proveedores Nacionales 2.442.046,00 Cuota 1 P - 004- 12328 Vence el 2025-02-27

VALOR EN LETRAS

Dos Millones Cuatrocientos Cuarenta Y Dos Mil Cuarenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR | **Aprobado por** | **Firma Recibido**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764085673719 **aprobado en** 2024-12-19 **vigente** 24 Meses, **prefijo** M **desde el número** 12001 **al** 13000

CUDS :b9ae85ec919c12b0564b11b1d4ebfd0f4592c8cca23f846fe0200ca38134a43aff8984734424a9db03b00e91b1aa4fa0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79065661
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR ALEJANDRO RISCANEVO PUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	ANAPOIMA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	VEREDA EL HIGUERON	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1111325122	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2509362300

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 99.100
SUBTOTALES:									**$ 99.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 99.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN							SALUD						ARP													
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79065661	RISCANEVO PUENTES HECTOR ALEJANDRO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1.423.500	$ 79065661	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 504.900**

Planilla Pagada