INFORME No.12

CONTRATO:	**033**	**DEL AÑO:**	**2025**
CONTRATISTA:	**CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED**	**C.C. / C.E. /NIT No.:**	**901.055.156-5**
OBJETO:	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		
PERIODO DEL INFORME:	**NOVIEMBRE DEL 2025**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 1.288.368.800,00			$ 1.288.368.800,00	
	$ 164.157.100,00	ENERO	$ 1.124.211.700,00	FVCO 786
	$ 147.979.900,00	MARZO	$ 976.231.800,00	FVCO 804
	$ 164.157.100,00	MARZO	$ 812.074.700,00	FVCO 810
	$ 159.179.500,00	MAYO	$ 652.895.200,00	FVCO 823
	$ 164.157.100,00	JUNIO	$ 488.738.100,00	FVCO 834
	$ 159.179.500,00	JUNIO	$ 329.558.600,00	FVCO 846
	$ 164.157.100,00	AGOSTO	$ 165.401.500,00	FVCO 860
$ 322.092.200,00	ADICIÓN Y PRÓRROGA		$ 487.493.700,00	
	$ 164.157.100,00	AGOSTO	$ 323.336.600,00	FVCO 871
$ 322.092.200,00	ADICIÓN Y PRÓRROGA		$ 645.428.800,00	
	$ 99.552.000,00	NOVIEMBRE	$ 545.876.800,00	FVCO 896
	$ 56.516.500,00	NOVIEMBRE	$ 489.360.300,00	FVCO 897
	$ 176.601.100,00	NOVIEMBRE	$ 312.759.200,00	FVCO 902
	$ 192.778.300,00	DICIEMBRE	$ 119.980.900,00	FVCO 914

COMPONENTE TÉCNICO

El contratista dio cumplimiento a las obligaciones pactadas de acuerdo la verificación de ejecución de las actividades:

ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

1	Prestar los servicios especializados de lunes a domingo para el análisis diario de la evolución clínica de cada uno de los pacientes y definición de planes de cuidado, registrando en la historia clínica los ajustes diarios a los planes de manejo, trabajando en conjunto con el auditor médico concurrente asignado al servicio para unificar criterios de manejo, estancia, consumos, procesos de facturación y demás actividades inherentes al cargo. Incluye: Verificación diaria de la complejidad del paciente según el tipo de unidad (cuidado critico o intermedio), según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se realizaron las rondas de evolución de pacientes hospitalizados en el servicio de unidad de cuidados intensivos, con los respectivos ajustes diarios los cuales fueron registrados en historias clínicas de SERVINTE.	X				Se adjunta: Registros en historias clínicas plataforma SERVINTE las cuales pueden ser corroboradas con el censo diario de pacientes atendidos en la disponibilidad reportada en el cuadro de turno.
2	Prestar servicios especializados en el área de unidad de cuidados intensivos las 24 horas los 7 días de la semana presencial, como médico especialista. Incluye: Realización de procedimientos invasivos y no invasivos de la unidad y de las áreas que requieren soporte por parte de los especialistas de la unidad según necesidad, definición de planes de cuidado y manejo individual, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad asegurando un tiempo máximo de 24 horas de servicio por especialista en turno rotativo, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025 se realizaron los planes de manejo de pacientes hospitalizados en el servicio de unidad de cuidados intensivos, con los respectivos ajustes diarios los cuales fueron registrados en historias clínicas de SERVINTE	X				Se adjunta: Registros de planes cuidado en historias clínicas plataforma SERVINTE las cuales pueden ser corroboradas con el censo diario de pacientes atendidos en la disponibilidad reportada en el cuadro de turno
3	Registrar la respuesta a interconsultas dentro de la hora siguiente a la solicitud por parte del servicio cuando sea solicitada para la asignación de la cama, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando lo tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se respondieron dentro de la meta establecida por el hospital las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del hospital con la respectiva asignación de la cama según la capacidad instalada instruccional.	X				Se adjunta: Reporte de indicadores oficina de epidemiología ruta intranet hospital universitario san Rafael de Tunja Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad
4	Mantener la disponibilidad de la especialidad 24 horas los 7 días de la semana EN CASO DE DECLARATORIA URGENCIA MANIFIESTA, Incluye: Atención de pacientes en urgencias, interconsulta, intervenciones por parte de la especialidad y apoyo a la definición de conductas cuando el volumen de pacientes supere la capacidad del servicio, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, no se presentó requerimiento por parte de la institución en caso de declaratoria de emergencia.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

5	Reportar mensualmente el análisis y cierre de los casos remitidos por el programa de seguridad del paciente en el formato establecido por el proceso para el seguimiento y trazabilidad de los mismos.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se realizaron acompañamiento a los casos remitidos por el programa de seguridad de paciente.	x				Reposan en actas en el Archivos en la oficina de seguridad de paciente.
6	Participar en actividades asociadas a los procesos de acreditación: Comités, reuniones académicas, planes estratégicos, actividades de extensión investigativa y las demás asignadas la especialidad, estos deben venir relacionados en el cuadro de turno.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. • Participación en comités: comité de historias clínicas, comité de seguridad del paciente. • Apoyo a la gestión académica del personal en formación.	X				Se adjunta: Actas adjuntas de participación.
7	Gestionar de acuerdo a lo solicitado en el perfil epidemiológico, programas especiales, resolución 3100 entre otros, los requerimientos del área de calidad en la búsqueda, estrategias, metodología agree, anexo 4 y socialización de todos los documentos pertinentes para la adecuada prestación del servicio de salud mitigando los eventos de seguridad del paciente y el riesgo antijurídico.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 20255, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. Gestión de las guías de práctica clínica para el desarrollo de las actividades de atención de pacientes.	X				Se adjunta: Actas adjuntas de participación
8	Realizar acciones como coordinador la especialidad, requeridas en el aseguramiento de la prestación del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en cuanto a la gestión de talento humano, tecnología biomédica, insumos y demás necesidades propias del servicio.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. • La gestión de estancias hospitalarias con el servicio de auditoria concurrente para los pacientes con estancias prolongadas en la unidad.	X				Se adjunta: Actas adjuntas de participación, certificado apoyo a la supervisión
9	Reportar indicadores e informes solicitados por la supervisión del contrato, en los tiempos establecidos por las áreas y demás solicitudes relacionadas con el correcto funcionamiento del servicio. La asignación de estas horas debe ser incluida en las listas de turno de la especialidad.	Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la Unidad la gestión del cargue de indicadores.	**X**				Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad
10	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

(1). Se cumplió en su totalidad la actividad definida
(2). Se cumplió parcialmente la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes
(3). Fue requerida la actividad, pero no se evidenció su realización en el periodo.
(4). No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 033 DE 2025

HACE CONSTAR:

Que, **CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED**, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el mes de NOVIEMBRE del 2025.

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL			FACTURA	X	
CUENTA DE COBRO			CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA	X	
INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X	
			INFORME DE ACTIVIDADES	X	

Las actividades reportadas en el informe presentado por el contratista corresponden a las actividades contratadas y se ejecutaron a cabalidad.

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de **CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($ 192.778.300.00)** M/CTE.

Se deja constancia que lo anterior no exime de futuros requerimientos por responsabilidad del orden legal, fiscales, penales etc. derivados de actuaciones en este contrato.

En constancia, se firma para efectos de pago.

ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
SUPERVISOR

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA
COORDIANDOR ATENCIÓN HOSPITALARIA

Reviso: Maria Alejandra Paez Pinilla- Revisión aspecto financiero
Elaboró: Yaneth Rodríguez Vega – P. Universitario
C.C. Carpeta del contrato

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES No 12 DEL CONTRATO No. 033 DE 2025

NUMERO DE CONTRATO	033 DE 2025	**DEPENDENCIA**	**(Coordinador Atención Hospitalaria)**
OBJETO DEL CONTRATO	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED	**CEDULA**	901.055.156

MES DEL REPORTE	NOVIEMBRE

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
ÍTEM	**VALOR**
VALOR DEL CONTRATO	$ 1.288.368.800,00
ADICIONES	$ 644.184.400,00
SALDO EJECUTADO	$ 1.619.794.000,00
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 192.778.300,00
SALDO A EJECUTAR	$ 119.980.900,00

HORAS EJECUTADAS	1044 Horas UCI 4 PISO Y 720 horas PISO 5 + coordinación UCI A - UCI 5 PISO, 95 horas; a). Coordinación 30 horas. b). Gestión Guías y documentos institucionales 30 horas. C. Actividades Asociadas a la gestión 15 horas. d). Gestión Seguridad del Paciente 20 horas. Valor Hora $103.700
OBSERVACIONES:	

VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL SUPERVISOR**				
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS ***	**ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)**				**FUENTE DE VERIFICACIÓN**
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	**REVISTA.** Prestar los servicios especializados de lunes a domingo para el análisis diario de la evolución clínica de cada uno de los pacientes y definición de planes de cuidado, registrando en la historia clínica los ajustes diarios a los planes de manejo, trabajando en conjunto con el auditor médico concurrente asignado al servicio para unificar criterios de manejo, estancia, consumos, procesos de facturación y demás actividades inherentes al cargo. Incluye: Verificación diaria de la complejidad del paciente según el tipo de unidad (cuidado critico o intermedio), según agendamiento y listado de turnos de la	Durante el mes de NOVIEMBRE del año 2025, se realizaron las rondas de evolución de pacientes hospitalizados en el servicio de unidad de cuidados intensivos, con los respectivos ajustes diarios los cuales fueron registrados en	X				Se adjunta: Registros en historias clínicas plataforma SERVINTE las cuales pueden ser corroboradas con el censo diario de pacientes atendidos en la disponibilidad reportada en el cuadro de turno.

	especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	historias clínicas de SERVINTE.					
2	**TURNO UCI.** Prestar servicios especializados en el área de unidad de cuidados intensivos las 24 horas los 7 días de la semana presencial, como médico especialista. Incluye: Realización de procedimientos invasivos y no invasivos de la unidad y de las áreas que requieren soporte por parte de los especialistas de la unidad según necesidad, definición de planes de cuidado y manejo individual, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad asegurando un tiempo máximo de 24 horas de servicio por especialista en turno rotativo, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el mes de NOVIEMBRE del año 2025 se realizaron los planes de manejo de pacientes hospitalizados en el servicio de unidad de cuidados intensivos, con los respectivos ajustes diarios los cuales fueron registrados en historias clínicas de SERVINTE	X				Se adjunta: Registros de planes cuidado en historias clínicas plataforma SERVINTE las cuales pueden ser corroboradas con el censo diario de pacientes atendidos en la disponibilidad reportada en el cuadro de turno
3	**INTERCONSULTAS.** Registrar la respuesta a interconsultas dentro de la hora siguiente a la solicitud por parte del servicio cuando sea solicitada para la asignación de la cama, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando lo tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante mes de NOVIEMBRE del año 2025, se respondieron dentro de la meta establecida por el hospital las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del hospital con la respectiva asignación de la cama según la capacidad instalada instruccional.	X				Se adjunta: Reporte de indicadores oficina de epidemiología ruta intranet hospital universitario san Rafael de Tunja Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad
4	**APOYO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN DECLARATORIA URGENCIA MANIFIESTA.** Mantener la disponibilidad de la especialidad 24 horas los 7 días de la semana EN CASO DE DECLARATORIA URGENCIA MANIFIESTA, Incluye: Atención de pacientes en urgencias, interconsulta, intervenciones por parte de la especialidad y apoyo a la definición de conductas cuando el volumen de pacientes supere la capacidad del servicio, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante mes de NOVIEMBRE del año 2025, no se presentó requerimiento por parte de la institución en caso de declaratoria de emergencia.				X	No aplica para el periodo comprendido entre el 01 de NOVIEMBRE al 30 de NOVIEMBRE del año 2025, anexa certificada del servicio de auditoria médica
5	**GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Reportar mensualmente el análisis y cierre de los casos remitidos por el programa de seguridad del paciente en el formato establecido por el proceso para el seguimiento y trazabilidad de los mismos.	Durante el mes de NOVIEMBRE, se realizaron acompañamiento a los casos remitidos por el programa de seguridad de paciente.	X				Reposan en actas en el Archivos en la oficina de seguridad de paciente.
6	Participar en actividades asociadas a los procesos de acreditación: Comités, reuniones	Durante mes de NOVIEMBRE del	X				Se adjunta:

	académicas, planes estratégicos, actividades de extensión investigativa y las demás asignadas la especialidad, estos deben venir relacionados en el cuadro de turno.	año 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. • Participación en comités: Comité estratégico, comité de historias clínicas, comité de seguridad del paciente. • Apoyo a la gestión académica del personal en formación.					Actas adjuntas de participación.
7	**GESTION GUIAS Y DOCUMENTOS.** Gestionar de acuerdo a lo solicitado en el perfil epidemiológico, programas especiales, resolución 3100 entre otros, los requerimientos del área de calidad en la búsqueda, estrategias, metodología agree, anexo 4 y socialización de todos los documentos pertinentes para la adecuada prestación del servicio de salud mitigando los eventos de seguridad del paciente y el riesgo antijurídico.	Durante mes de NOVIEMBRE del año 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. Gestión de las guías de práctica clínica para el desarrollo de las actividades de atención de pacientes.					Se adjunta: Actas adjuntas de participación
8	Realizar acciones como coordinador la especialidad, requeridas en el aseguramiento de la prestación del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en cuanto a la gestión de talento humano, tecnología biomédica, insumos y demás necesidades propias del servicio.	Durante el mes de NOVIEMBRE del año 2025, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad. • La gestión de estancias hospitalarias con el servicio de auditoria concurrente para los pacientes con estancias prolongadas en la unidad.	X				Se adjunta: Actas adjuntas de participación, certificado apoyo a la supervisión
9	Reportar indicadores e informes solicitados por la supervisión del contrato, en los tiempos establecidos por las áreas y demás solicitudes relacionadas con el correcto funcionamiento del servicio. La asignación de estas horas debe	Durante el periodo comprendido del 01 de NOVIEMBRE al 30 de NOVIEMBRE del 2025, se realizó por cuenta del	X				Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad

	ser incluida en las listas de turno de la especialidad.	coordinador de la Unidad la gestión del cargue de indicadores.					
10	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte				X	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

VERIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Diligenciado por el Contratista y verificado por el supervisor)

PERIODO DE PAGO (MES)	VALOR PAGO PLANILLA ($)
OCTUBRE-25	**$5.383.100**
OCTUBRE-25	**$4.151.700**
OCTUBRE-25	**$3.677.000**
OCTUBRE-25	**$4.206.700**
OCTUBRE-25	**$2.253.300**
OCTUBRE-25	**$4.226.800**
OCTUBRE-25	**$723.900**
OCTUBRE-25	**$3.119.100**
OCTUBRE-25	**$1.679.900**
OCTUBRE-25	**$973.200**

En Tunja,

GLORIA DEL CARMEN GOMEZ DE HOYOS
CONTRATISTA Representante Legal

Revisó:

ALBERTO VELANDIA ESCOBAR – Coordinador Unidad de Cuidado Intensivo

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA (Coordinador Atención Hospitalaria)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1959730543	9495523389	I	2025/11/13	2025/11/27	BANCO DAVIVIENDA	14	$5,383,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,840,400	$25,200	$0	$2,865,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,840,400	$25,200	$0	$2,865,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$407,000	$3,600	$0	$410,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$407,000	$3,600	$0	$410,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,088,500	$18,400	$0	$2,106,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$2,088,500	$18,400	$0	$2,106,900
TOTAL				1	$5,335,900	$47,200	$0	$5,383,100

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 7218547		VELANDIA ESCOBAR JULIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 20 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7430118	No

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)							$16,707,426	$2,840,400			$16,707,426	$2,088,500			$0	$0			$16,707,426	$407,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$16,707,426	$2,840,400			$16,707,426	$2,088,500			$0	$0			$16,707,426	$407,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$16,707,426	$2,840,400			$16,707,426	$2,088,500			$0	$0			$16,707,426	$407,000		$0	$0
1	CC	7218547	VELANDIA JULIO	25-14		30	$16,707,426	$2,840,400	EPS037	30	$16,707,426	$2,088,500		0	$0	$0	14-23	30	$16,707,426	$407,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$16,707,426	$2,840,400			$16,707,426	$2,088,500			$0	$0			$16,707,426	$407,000		$0	$0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13718692
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ERWIN FERNANDO BERMUDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 #1A-20	TELÉFONO:	7725263
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - FERNANDO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7988696131	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1883252713

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 2.080.000	$ 0	$ 0	$ 65.000	$ 65.000	$ 0	$ 0	$ 2.210.000	$ 0	$ 2.210.000
SUBTOTALES:										**$ 2.210.000**	**$ 0**	**$ 2.210.000**

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	$ 1.625.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.625.000	$ 0	$ 0	$ 1.625.000
SUBTOTALES:													**$ 1.625.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.625.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 316.700	$ 316.700	$ 0	$ 0	$ 316.700
SUBTOTALES:									**$ 316.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 316.700**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN							SALUD							ARP						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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP 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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 13718692	BERMUDEZ RIVERA ERWIN FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 13.000.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 13.000.000	$ 2.080.000	$ 65.000	$ 65.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.210.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 13.000.000	$ 1.625.000	$ 0	$ 1.625.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 13.000.000	13718692	$ 316.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.151.700

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7186270
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LUIS ALFREDO MORALES BALDION
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TV 4 63B 53	TELÉFONO:	7627184
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:		7988603451	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO	2025
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1887730333

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	$ 1.842.100	$ 0	$ 0	$ 57.600	$ 57.600	$ 0	$ 0	$ 1.957.300	$ 0	$ 1.957.300
SUBTOTALES:										**$ 1.957.300**	**$ 0**	**$ 1.957.300**

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	$ 1.439.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.439.200	$ 0	$ 0	$ 1.439.200
SUBTOTALES:													**$ 1.439.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.439.200**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 280.500	$ 280.500	$ 0	$ 0	$ 280.500
SUBTOTALES:									**$ 280.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 280.500**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES									
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	PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																
1	CC 7186270	MORALES BALDION LUIS ALFREDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 13.929.144			NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 11.512.823	$ 1.842.100	$ 57.600	$ 57.600	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.957.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 11.512.823	$ 1.439.200	$ 0	$ 1.439.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 11.512.823	7186270	$ 280.500		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.677.000

Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1962183341	9495575701	I	2025/11/07	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	21	$4,206,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,210,000	$29,300	$0	$2,239,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,210,000	$29,300	$0	$2,239,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,700	$4,200	$0	$320,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$316,700	$4,200	$0	$320,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,625,000	$21,500	$0	$1,646,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,625,000	$21,500	$0	$1,646,500
TOTAL				1	$4,151,700	$55,000	$0	$4,206,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72151718		PEREZ YANGUAS ROBERTO ULISES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 N 7 24	TUNJA-BOYACA	3185325490	No

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)					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0
1	CC 72151718	PEREZ ROBERTO	25-14	30	$13,000,000	$2,210,000	EPS002	30	$13,000,000	$1,625,000		0	$0	$0	14-23	30	$13,000,000	$316,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7095195
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JUAN SEBASTIAN TAMAYO MEDINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	AVENIDA COLON N 27-87	TELÉFONO:	7453000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7992286673	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1961330018

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.127.200	$ 0	$ 0	$ 35.300	$ 35.300	$ 1.500	$ 200	$ 1.197.800	$ 1.700	$ 1.199.500
SUBTOTALES:										$ 1.197.800	$ 1.700	$ 1.199.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	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	$ 880.600	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 880.600	$ 1.200	$ 0	$ 881.800
SUBTOTALES:													$ 880.600	$ 1.200	$ 0	$ 881.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 171.700	$ 171.700	$ 300	$ 0	$ 172.000
SUBTOTALES:									$ 171.700	$ 300	$ 0	$ 172.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 7095195	TAMAYO MEDINA JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 17.153.140			NO								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 7.044.634	$ 1.127.200	$ 35.300	$ 35.300	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.197.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 7.044.634	$ 880.600	$ 0	$ 880.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 7.044.634	7095195	$ 171.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.253.300

Planilla Pagada

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52869371 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-10	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	8	2.238.600	11.400	2.250.000
Período salud:	2025-10	EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	8	1.646.000	8.300	1.654.300
Planilla Nro.:	35494366 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	8	320.800	1.700	322.500
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	8	0	0	0
Fecha transacción:	2025-11-28	PASENA	899999034	SENA	0	8	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	8	0	0	0
Transacción:	1961765124	PAESAP	899999054	ESAP	0	8	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	8	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 4.226.800

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DIEGO LEON SEVERICHE HERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-19352069
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-19
FECHA DE PAGO:	2025-11-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35472907
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35472907
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	1	$ 4.827.226	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 603.500	$ 605.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 4.827.226	$ 0	$ 0	$ 500	$ 117.600	$ 118.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 721.100	$ 723.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/12/2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7181760
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIAN ANDRES FONSECA CARDENAS		FONSECA CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 75 N 1A-15 ESTE	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7992786005	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/12/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1966359826

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.549.900	$ 0	$ 0	$ 48.500	$ 48.500	$ 12.700	$ 800	$ 1.646.900	$ 13.500	$ 1.660.400
SUBTOTALES:										**$ 1.646.900**	**$ 13.500**	**$ 1.660.400**

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	$ 1.210.800	$ 0	$ 9.900	$ 0	$ 1.210.800	$ 9.900	$ 0	$ 1.220.700
SUBTOTALES:													**$ 1.210.800**	**$ 9.900**	**$ 0**	**$ 1.220.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 236.000	$ 236.000	$ 2.000	$ 0	$ 238.000
SUBTOTALES:									**$ 236.000**	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 238.000**

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 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	FSP SUBSISTENCIA	FSP 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7181760	FONSECA CARDENAS JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 10.566.950			NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 9.686.371	$ 1.549.900	$ 48.500	$ 48.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.646.900	EPS017-FAMISANAR	30	$ 9.686.371	$ 1.210.800	$ 0	$ 1.210.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 9.686.371	7181760	$ 236.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.119.100

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049619573
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DIANA FERNANDA AVILA SAAVEDRA AVILA SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 66 N 8-67	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7995174027			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	192544081		

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 347.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 347.500	$ 0		$ 347.500
SUBTOTALES:										**$ 347.500**	**$ 0**		**$ 347.500**

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
EPS003	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 271.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.500	$ 0	$ 0		$ 271.500
SUBTOTALES:													**$ 271.500**	**$ 0**	**$ 0**		**$ 271.500**

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	$ 53.000	$ 53.000	$ 0	$ 0	$ 53.000
SUBTOTALES:									**$ 53.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 53.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP 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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049619573	AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 5.429.662				NO	19															231001-COLFONDOS	12	$ 2.171.865	$ 347.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347.500	EPS005-SANITAS S.A.	12	$ 2.171.865	$ 271.500	$ 0	$ 271.500	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	12	$ 2.171.865	$ 104961957	$ 53.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 672.000

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049619573
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA FERNANDA AVILA SAAVEDRA AVILA SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 66 N 8-67	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:			7995309348	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1929023778
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			7995174027	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/11/13

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 521.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 521.300	$ 0	$ 521.300
SUBTOTALES:										**$ 521.300**	**$ 0**	**$ 521.300**

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	$ 407.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 407.300	$ 0	$ 0	$ 407.300
SUBTOTALES:													**$ 407.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 407.300**

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	$ 79.300	$ 79.300	$ 0	$ 0	$ 79.300	
SUBTOTALES:									**$ 79.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 79.300**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																								PENSIÓN							SALUD						ARP								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	FSP SUBSISTENCIA	FSP 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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049619573	AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 5.429.662			NO	19						A										231001-COLFONDOS	12	$ 2.171.865	$ 347.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347.500	EPS005-SANITAS S.A.	12	$ 2.171.865	$ 271.500	$ 0	$ 271.500	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	12	$ 2.171.865	104961957	$ 53.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1049619573	AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 5.429.662			NO	19						C		19-31								231001-COLFONDOS	12	$ 5.429.662	$ 868.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 868.800	EPS005-SANITAS S.A.	12	$ 5.429.662	$ 678.800	$ 0	$ 678.800	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	12	$ 5.429.662	104961957	$ 132.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1049619573	AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 5.429.662			NO	19						R		19-31								231001-COLFONDOS	0	$ 3.257.797	$ 521.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 521.300	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 3.257.797	$ 407.300	$ 0	$ 407.300	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	0	$ 3.257.797	104961957	$ 79.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 1.007.900**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1100960025 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-10	230301	800224808	PORVENIR	1	3	267.800	600	268.400
Período salud:	2025-10	EPS005	800251440	SANITAS	1	3	209.200	400	209.600
Planilla Nro.:	35363962 Tipo I	14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	3	40.800	100	40.900
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	3	0	0	0
Fecha transacción:	2025-11-13	PASENA	899999034	SENA	0	3	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	3	0	0	0
Transacción:	1925423114	PAESAP	899999054	ESAP	0	3	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	3	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 518.900

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-10	230301	800224808	PORVENIR	1	4	234.300	600	234.900
Período salud:	2025-10	EPS005	800251440	SANITAS	1	4	183.100	500	183.600
Planilla Nro.:	35382646 Tipo N	14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	4	35.700	100	35.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	0	4	0	0	0
Fecha transacción:	2025-11-14	PASENA	899999034	SENA	0	4	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	4	0	0	0
Transacción:	1928672141	PAESAP	899999054	ESAP	0	4	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	4	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 454.300

PAGADO