INFORME No.2

CONTRATO:	082	DEL AÑO:	2026
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:	FEBRERO 2026		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 402.280.500,00			$ 402.280.500,00	
	$ 210.846.750,00	ENERO	$ 191.433.750,00	FVCO 933
	$ 190.139.550,00	MARZO	$ 1.294.200,00	FVCO 948

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)	
1	Pasar revista médica presencial especializada los 7 días de la semana incluyendo festivos realizando 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	Durante el Presente mes del año 2026, 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.

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

	crítico o intermedio), dando cumplimiento con agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.						
2	Realizar turno presencial especializado 24 horas los 7 días de la semana incluyendo festivos. (unidad cuarto piso, (2) dos intensivistas turno día), (unidad del quinto (5) piso un (1) intensivista turno día) Realizando valoraciones, avaluaciones, prescripciones médicas, terapéuticas, e intervenciones a pacientes los cuales incluyen realización de procedimientos invasivos y no invasivos de la unidad y de las áreas que requieran el soporte por parte de los especialistas de la unidad según necesidad, definición de planes de cuidado y manejo individual. Dando cumplimiento con 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 Presente mes del año 2026 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, Dando cumplimiento con agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante el Presente mes del año 2026, 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

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

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 Presente mes del año 2026, 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.
5	Reportar mensualmente el análisis y cierre de 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 Presente mes del año 2026, 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 Presente mes del año 2026, 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.

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

	Gestionar de acuerdo a lo solicitado en el perfil epidemiológico, programas especiales, resolución 2800 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 Presente mes del año 2026, 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	Realización de cuadro de turnos de especialistas y médicos generales, cuya entrega deberá realizarse los días 20 del mes.	Durante el Presente mes del año 2026, 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	Informar y entregar formato de cambio de turnos con máximo 3 días de antelación en la oficina de coordinación de atención hospitalaria.	Durante el Presente mes del año 2026, 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.
10	Realizar acciones como coordinador la especialidad, requeridas en el aseguramiento de la prestación del servicio de la Unidad de	Durante el Presente mes del año 2026, se realizó por cuenta del coordinador de la unidad.	**X**				Se adjunta: Actas adjuntas de participación,

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

	Cuidados Intensivos Adultos en cuanto a la gestión de talento humano, tecnología biomédica, insumos y demás necesidades propias del servicio.	La gestión de estancias hospitalarias con el servicio de auditoria concurrente para los pacientes con estancias prolongadas en la unidad.					certificado apoyo a la supervisión.
11	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 incluidas en las listas de turno de la especialidad.	Durante el periodo comprendido del 01 de FEBRERO al 28 de FEBRERO del 2026, se realizo por cuenta del coordinador de la unidad de la gestión del cargue de indicadores.	X				Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad
12	El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido a la supervisión, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando la activación y desactivación de las plataformas y sistema de información internas del hospital.	Durante el periodo comprendido del 01 de FEBRERO al 28 de FEBRERO del 2026 no fue requerida.				X	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
13	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	Durante el periodo comprendido del 01 de FEBRERO al 28 de FEBRERO del 2026 no fue requerida.				X	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

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

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 082 DE 2026

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 FEBRERO 2026.

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

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

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

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de **CIENTO NOVENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 190.139.550.00)** 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 02 DEL CONTRATO No. 082 DE 2026

NUMERO DE CONTRATO	082 DE 2026	**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	FEBRERO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 402.280.500,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	$ 210.846.750,00
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 190.139.550,00
SALDO A EJECUTAR	$ 1.294.200,00

HORAS EJECUTADAS	996 Horas UCI 4 PISO Y 672 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 $107.850
OBSERVACIONES: Menos 12 horas sábado 21 febrero 2026	

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** Pasar revista médica presencial especializada los 7 días de la semana incluyendo festivos realizando 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) dando cumplimiento con agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los	Durante el mes de FEBRERO del año 2026, 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.

	tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.						
2	**TURNO UCI.** Realizar turno presencial especializado 24 horas los 7 días de la semana incluyendo festivos. Realizar valoraciones, avaluaciones, prescripciones médicas, terapéuticas, e intervenciones a pacientes los cuales incluyen realización de procedimientos invasivos y no invasivos de la unidad y de las áreas que requieren el soporte por parte de los especialistas de la unidad según necesidad, definición de planes de cuidado y manejo individual. Dando cumplimiento con agendamiento y listado de turnos de las especialidades 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 FEBRERO del año 2026 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 donde sea solicitada para la asignación de la cama, dando cumplimiento con agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante mes de FEBRERO del año 2026, 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 DE URGENCIA MANIFIESTA. Incluye Atención de pacientes en urgencias, interconsultas, intervenciones por parte de la especialidad y apoyo a la definición de conductas cuando el volumen de pacientes supere la capacidad de servicio, Dando cumplimiento con agendamiento listado de turnos de la especialidad asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.	Durante mes de FEBRERO del año 2026, no se presentó requerimiento por parte de la institución en caso de declaratoria de emergencia.				X	No aplica para el periodo de febrero del año 2026, anexo certificado del servicio de auditoria médica
5	**GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Reportar mensualmente análisis y cierre de casos remitidos por el programa de seguridad del paciente, remitir análisis de casos de mortalidad dentro de los tiempos establecidos en el formato establecido por el proceso para su seguimiento y trazabilidad de los mismos.	Durante el mes de FEBRERO, 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	**ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN** Participar en actividades asociadas a los procesos de acreditación: comités, reuniones académicas, planes estratégicos, actividades de extensión investigativa y las demás asignadas a la especialidad, estos deben venir relacionados en el cuadro de turno.	Durante mes de FEBRERO del año 2026, 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.	X				Se adjunta: 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, estrategia, 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 FEBRERO del año 2026, 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	**COORDINACIÓN** Realización cuadros de turnos de especialistas y médicos generales, cuyo reporte deberá realizarse los días 20 de cada mes Informar y entregar formato de cambio de turnos con mínimo 3 días de antelación en la oficina de coordinación de atención hospitalaria.	Durante el mes de FEBRERO del año 2026, 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	Informar y entregar formato de cambio de turnos con mínimo 3 días de antelación en la oficina de coordinación de atención hospitalaria.	Durante el mes de FEBRERO del año 2026, se realizó por cuenta	X				Se adjunta: Actas adjuntas de participación,

		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.					certificado apoyo a la supervisión
10	Realizar acciones como coordinador(a) de 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 FEBRERO del año 2026, 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
11	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 periodo FEBRERO del 2026, se realizó por cuenta del coordinador de la Unidad la gestión del cargue de indicadores.	X				Intranet: \\Hsrtunclu\Formatos_Productividad
12	El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido a la supervisión, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando la activación y desactivación de las plataformas y sistema de información internas del hospital	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte				X	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
13	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 ($)
ENERO -26	$6.331.900
FEBRERO -26	$5.352.500
ENERO -26	$4.154.700
FEBRERO -26	$4.154.700
ENERO -26	$788.700
FEBRERO -26	$573.600
ENERO -26	$3.632.000
FEBRERO -26	$4.579.700
ENERO -26	$4.139.700
FEBRERO -26	$3.985.700
ENERO -26	$2.486.400
FEBRERO -26	$2.125.100
ENERO -26	$3.246.300
FEBRERO -26	$2.778.900
ENERO -26	$3.829.400
FEBRERO -26	$3.829.400
ENERO -26	$3.632.100
FEBRERO -26	$3.866.000
ENERO -26	$2.299.400
FEBRERO -26	$2.452.700

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 DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901055156	5	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS CORESMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TUNJA	DIAGONAL 30 9 44 B Maldonado	TUNJA-BOYACA	7430118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	71318654	9499779652	E	2026/02/12	2026/02/17	BANCO DAVIVIENDA	5	$709,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TUNJA (1 Afiliados)					$1,858,710	$297,400			$1,858,710	$232,400			$1,858,710	$74,400			$1,858,710	$9,800		$1,858,710	$93,000
Centro de Trabajo: **ADMINISTRATIVO (1 Afiliados)**					$1,858,710	$297,400			$1,858,710	$232,400			$1,858,710	$74,400			$1,858,710	$9,800		$1,858,710	$93,000
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,858,710	$297,400			$1,858,710	$232,400			$1,858,710	$74,400			$1,858,710	$9,800		$1,858,710	$93,000
1	CC	1049628150	DIAZ ANA	230301	30	$1,858,710	$297,400	EPS005	30	$1,858,710	$232,400	CCF10	30	$1,858,710	$74,400	14-23	30	$1,858,710	$9,800	30	$1,858,710	$93,000
Total		**Afiliados(1)**				**$1,858,710**	$297,400			**$1,858,710**	$232,400			**$1,858,710**	$74,400			$1,858,710	$9,800		$1,858,710	**$93,000**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,400	$1,000	$0	$298,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$297,400	$1,000	$0	$298,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$100	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,800	$100	$0	$9,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$74,400	$300	$0	$74,700
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$74,400	$300	$0	$74,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,400	$800	$0	$233,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$232,400	$800	$0	$233,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,800	$200	$0	$56,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$55,800	$200	$0	$56,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,200	$200	$0	$37,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$37,200	$200	$0	$37,400
TOTAL				1	$707,000	$2,600	$0	$709,600

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	42321612	9498774371	I	2026/02/11	2026/02/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$6,331,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 7218547	VELANDIA JULIO	25-14	30	$19,825,800	$3,370,600	EPS037	30	$19,825,800	$2,478,300		0	$0	$0	14-23	30	$19,825,800	$483,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$19,825,800**	**$3,370,600**			**$19,825,800**	**$2,478,300**			**$0**	**$0**			**$19,825,800**	**$483,000**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,370,600	$0	$0	$3,370,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$3,370,600	$0	$0	$3,370,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$483,000	$0	$0	$483,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$483,000	$0	$0	$483,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,478,300	$0	$0	$2,478,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$2,478,300	$0	$0	$2,478,300
TOTAL				1	$6,331,900	$0	$0	$6,331,900

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	128234820	9501264760	I	2026/03/11	2026/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,352,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	7218547	VELANDIA JULIO	25-14	30	$16,760,000	$2,849,200	EPS037	30	$16,760,000	$2,095,000		0	$0	$0	14-2	30	$16,760,000	$408,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$16,760,000	$2,849,200			$16,760,000	$2,095,000			$0	$0			$16,760,000	$408,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,849,200	$0	$0	$2,849,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,849,200	$0	$0	$2,849,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$408,300	$0	$0	$408,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$408,300	$0	$0	$408,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,095,000	$0	$0	$2,095,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$2,095,000	$0	$0	$2,095,000
TOTAL				1	$5,352,500	$0	$0	$5,352,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	42231662	9499340967	I	2026/02/05	2026/02/06	BANCO DAVIVIENDA	1	$4,154,700

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
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

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	$1,600	$0	$2,211,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,210,000	$1,600	$0	$2,211,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,700	$300	$0	$317,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$316,700	$300	$0	$317,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,625,000	$1,100	$0	$1,626,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,625,000	$1,100	$0	$1,626,100
TOTAL				1	$4,151,700	$3,000	$0	$4,154,700

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	118083665	9501130255	I	2026/03/05	2026/03/06	BANCO DAVIVIENDA	1	$4,154,700

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
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

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	$1,600	$0	$2,211,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,210,000	$1,600	$0	$2,211,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,700	$300	$0	$317,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$316,700	$300	$0	$317,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,625,000	$1,100	$0	$1,626,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,625,000	$1,100	$0	$1,626,100
TOTAL				1	$4,151,700	$3,000	$0	$4,154,700

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:	2026-01-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-16
FECHA DE PAGO:	2026-01-30
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36174514
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36174514
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	$ 5.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 660.000	$ 660.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 5.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.700	$ 128.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 788.700	$ 788.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/03/2026

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:	2026-02-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-16
FECHA DE PAGO:	2026-02-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36505906
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36505906
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	$ 3.840.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480.000	$ 480.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 3.840.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 93.600	$ 93.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 573.600	$ 573.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/04/2026

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:			6001419013	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			17587538

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	$ 1.819.600	$ 0	$ 0	$ 56.900	$ 56.900	$ 0	$ 0	$ 1.933.400	$ 0	$ 1.933.400
SUBTOTALES:										**$ 1.933.400**	**$ 0**	**$ 1.933.400**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.421.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.421.500	$ 0	$ 0	$ 1.421.500
SUBTOTALES:													**$ 1.421.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.421.500**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 277.100	$ 277.100	$ 0	$ 0	$ 277.100
SUBTOTALES:									**$ 277.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 277.100**

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	DTO	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 13718692	BERMUDEZ RIVERA ERWIN FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 13.642.000				NO							01-30										230201-PROTECCION	30	$ 11.372.000	$ 1.819.600	$ 56.900	$ 56.900	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.933.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 11.372.000	$ 1.421.500	$ 0	$ 1.421.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 11.372.000	13718692	$ 277.100	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.632.000

Planilla Pagada

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	TELEFONO:	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:	6004843071		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/24		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		85321316

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 2.294.400	$ 0	$ 0	$ 71.700	$ 71.700	$ 0	$ 0	$ 2.437.800	$ 0	$ 2.437.800
SUBTOTALES:										**$ 2.437.800**	**$ 0**	**$ 2.437.800**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.792.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.792.500	$ 0	$ 0	$ 1.792.500
SUBTOTALES:													$ 1.792.500	$ 0	$ 0	$ 1.792.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 349.400	$ 349.400	$ 0	$ 0	$ 349.400
SUBTOTALES:									**$ 349.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 349.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 13718692	BERMUDEZ RIVERA ERWIN FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 13.642.000			NO								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 14.340.000	$ 2.294.400	$ 71.700	$ 71.700	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.437.800

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A	30	$ 14.340.000	$ 1.792.500	$ 0	$ 1.792.500

SEGURIDAD SOCIAL – ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 14.340.000	13718692	$ 349.400

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.579.700

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
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:			6001476254	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			20243152

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	$ 2.073.600	$ 0	$ 0	$ 64.800	$ 64.800	$ 0	$ 0	$ 2.203.200	$ 0	$ 2.203.200
SUBTOTALES:										**$ 2.203.200**	**$ 0**	**$ 2.203.200**

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	$ 1.620.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.620.000	$ 0	$ 0	$ 1.620.000
SUBTOTALES:													**$ 1.620.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.620.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

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
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:		6008109230	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		77076250
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		6001476254	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2026/01/30

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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										$ 0	$ 0	$ 0

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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESSOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 315.800	$ 315.800	$ 700	$ 0	$ 316.500
SUBTOTALES:									$ 315.800	$ 700	$ 0	$ 316.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																							PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP																											
																											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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC	1049619573 AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPEND		$ 12.960.000				NO							A										231001-COLFONDOS	30	$ 12.960.000	$ 2.073.600	$ 64.800	$ 64.800	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.203.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 12.960.000	$ 1.620.000	$ 0	$ 1.620.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	0	$ 0		$ 0		$ 0																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049619573
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DIANA FERNANDA 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:		6008074496	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		76052216

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 1.996.800	$ 0	$ 0	$ 62.400	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 2.121.600	$ 0	$ 0	$ 2.121.600
SUBTOTALES:										$ 2.121.600	$ 0	$ 0	$ 2.121.600

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	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 1.560.000
SUBTOTALES:													$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 1.560.000

LIQUIDACIÓN 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		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	TOTAL APORTE
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 1049619573	AVILA SAAVEDRA DIANA FERNANDA	INDEPEND		$ 12.480.000	S			NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 12.480.000	$ 1.996.800	$ 62.400	$ 62.400	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.121.600	EPS005-SANITAS S A	30	$ 12.480.000	$ 1.560.000	$ 0	$ 1.560.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.681.600

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
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:	6008130000		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		77265123
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6008074496		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2026/02/19

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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										$ 0	$ 0	$ 0

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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

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	$ 304.100	$ 304.100	$ 0	$ 0	$ 304.100
SUBTOTALES:									$ 304.100	$ 0	$ 0	$ 304.100

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7095195
NOMBRE Ó 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 ECONÓMICA:	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:			60011435426	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	68114743

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	$ 1.245.600	$ 0	$ 0	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 1.323.600	$ 0	$ 1.323.600
SUBTOTALES:										$ 1.323.600	$ 0	$ 1.323.600

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	$ 973.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 973.100	$ 0	$ 0	$ 973.100
SUBTOTALES:													$ 973.100	$ 0	$ 0	$ 973.100

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	$ 189.700	$ 189.700	$ 0	$ 0	$ 189.700
SUBTOTALES:									$ 189.700	$ 0	$ 0	$ 189.700

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	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	TOTAL APORTE
1	CC 7095195	TAMAYO MEDINA JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 17.153.140			NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 7.784.640	$ 1.245.600	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.323.600	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 7.784.640	$ 973.100	$ 0	$ 973.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 7.784.640	7095195	$ 189.700	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.486.400

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7095195
NOMBRE Ó 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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6007678630		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		94828206

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	$ 1.099.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.099.100	$ 0	$ 1.099.100
SUBTOTALES:										$ 1.099.100	$ 0	$ 1.099.100

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	$ 858.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 858.600	$ 0	$ 0	$ 858.600
SUBTOTALES:													$ 858.600	$ 0	$ 0	$ 858.600

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	$ 167.400	$ 167.400	$ 0	$ 0	$ 167.400
SUBTOTALES:									$ 167.400	$ 0	$ 0	$ 167.400

LIQUIDACIÓN 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 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 7095195	TAMAYO MEDINA JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 17.153.140				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 6.868.800	$ 1.099.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.099.100	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 6.868.800	$ 858.600	$ 0	$ 858.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 6.868.800	7095195	$ 167.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.125.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7181760
NOMBRE O 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 ECONÓMICA:	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:			6001498681	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			14		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	96395999

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	$ 1.611.900	$ 0	$ 0	$ 50.400	$ 50.400	$ 14.400	$ 1.000	$ 1.712.700	$ 15.400	$ 1.728.100
SUBTOTALES:										**$ 1.712.700**	**$ 15.400**	**$ 1.728.100**

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	$ 1.259.300	$ 0	$ 11.200	$ 0	$ 1.259.300	$ 11.200	$ 0	$ 1.270.500
SUBTOTALES:													**$ 1.259.300**	**$ 11.200**	**$ 0**	**$ 1.270.500**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 245.500	$ 245.500	$ 2.200	$ 0	$ 247.700
SUBTOTALES:									**$ 245.500**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 247.700**

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	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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 7181760	FONSECA CARDENAS JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 10.566.950			NO							01-30								230201-PROTECCION	30	$ 10.074.240	$ 1.611.900	$ 50.400	$ 50.400	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.712.700	EPS017-FAMISANAR	30	$ 10.074.240	$ 1.259.300	$ 0	$ 1.259.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 10.074.240	7181760	$ 245.500	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.246.300

Planilla Pagada

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:			6009035311	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			119445485

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	$ 1.392.100	$ 0	$ 0	$ 43.600	$ 43.600	$ 0	$ 0	$ 1.479.300	$ 0	$ 1.479.300
SUBTOTALES:										$ 1.479.300	$ 0	$ 1.479.300

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.087.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.087.600	$ 0	$ 0	$ 1.087.600
SUBTOTALES:													$ 1.087.600	$ 0	$ 0	$ 1.087.600

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	$ 212.000	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 212.000
SUBTOTALES:									$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 212.000

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 7181760	FONSECA CARDENAS JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 10.566.950				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 8.700.480	$ 1.392.100	$ 43.600	$ 43.600	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.479.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 8.700.480	$ 1.087.600	$ 0	$ 1.087.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 8.700.480	7181760	$ 212.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.778.900

Planilla Pagada

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 52869371	0	CLAUDIA HELENA MOJICA CASTAÑEDA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8621	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
15-238	CRA 25 69 87		3006100271		GLORITAVE@HOTMAIL.COM			S

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	35892311	I	2026-02-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.829.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35892311	2026-02-17	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Col.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 52869371	MOJICA CASTAÑEDA CLAUDIA HELENA	11.990.012																	0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	11.990.012	1.918.500	60.000	60.000	SALUD TOTAL-EPS002	11.990.012	1.498.800	SIN CCF-SINCCF	0	0	11.990.012	292.100	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	3.829.400	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 52869371	0	CLAUDIA HELENA MOJICA CASTAÑEDA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8621	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
15-238	CRA 25 69 87		3006100271		GLORITAVE@HOTMAIL.COM			S

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	35892311	I	2026-02-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.829.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35892311	2026-02-17	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
11.990.012	11.990.012	11.990.012	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	2.038.500	0	0	0	2.038.500
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	2.038.500	0	0	0	2.038.500
EPS(Administradoras: 1)				1	1.498.800	0	0	0	1.498.800
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	1.498.800	0	0	0	1.498.800
ARP(Administradoras: 1)				1	292.100	0	0	0	292.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	292.100	0	0	0	292.100
Gran Total					3.829.400	0	0	0	3.829.400

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CLAUDIA HELENA MOJICA CASTAÑEDA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52869371
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-17
FECHA DE PAGO:	2026-03-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36633012
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36633012
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 11.990.012	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.498.800	$ 1.498.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 11.990.012	$ 60.000	$ 60.000	$ 0	$ 2.038.500	$ 2.038.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 11.990.012	$ 0	$ 0	$ 0	$ 292.100	$ 292.100
				Total a pagar	$ 60.000	$ 60.000	$ 0	$ 3.829.400	$ 3.829.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/04/2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7186270
NOMBRE Ó 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:			6001338749	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			19294570

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	$ 1.819.600	$ 0	$ 0	$ 56.900	$ 56.900	$ 0	$ 0	$ 1.933.400	$ 0	$ 1.933.400
SUBTOTALES:										$ 1.933.400	$ 0	$ 1.933.400

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.421.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.421.600	$ 0	$ 0	$ 1.421.600
SUBTOTALES:													$ 1.421.600	$ 0	$ 0	$ 1.421.600

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	$ 277.100	$ 277.100	$ 0	$ 0	$ 277.100
SUBTOTALES:									$ 277.100	$ 0	$ 0	$ 277.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7186270
NOMBRE Ó 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:		6004912233		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			93716751

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	$ 1.936.800	$ 0	$ 0	$ 60.600	$ 60.600	$ 0	$ 0	$ 2.058.000	$ 0	$ 2.058.000
SUBTOTALES:										**$ 2.058.000**	**$ 0**	**$ 2.058.000**

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	$ 1.513.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.513.100	$ 0	$ 0	$ 1.513.100
SUBTOTALES:													**$ 1.513.100**	**$ 0**	$ 0	$ 1.513.100

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	$ 294.900	$ 294.900	$ 0	$ 0	$ 294.900
SUBTOTALES:									**$ 294.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 294.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA CAMILA FERRO PEÑUELA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100960025
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-06
FECHA DE PAGO:	2026-01-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36173224
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36173224
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 7.200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900.000	$ 900.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 7.200.000	$ 36.000	$ 36.000	$ 0	$ 1.224.000	$ 1.224.000
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 7.200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.400	$ 175.400
				Total a pagar	$ 36.000	$ 36.000	$ 0	$ 2.299.400	$ 2.299.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/03/2026

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA CAMILA FERRO PEÑUELA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100960025
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-06
FECHA DE PAGO:	2026-02-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36440142
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36440142
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 7.680.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 960.000	$ 960.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 7.680.000	$ 38.400	$ 38.400	$ 0	$ 1.305.600	$ 1.305.600
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 7.680.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.100	$ 187.100
				Total a pagar	$ 38.400	$ 38.400	$ 0	$ 2.452.700	$ 2.452.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/04/2026

