## INFORME No. 04

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO:** | **83** | **DEL AÑO:** | **2026** |
| **CONTRATISTA:** | **CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED** | **C.C. / C.E. /NIT No.:** | **901.055.156-5** |
| **OBJETO:** | **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** | | |
| **PERIODO DEL INFORME:** | **01 AL 24 DE ABRIL DE 2026** | | |

### EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

| VALOR DEL CONTRATO | VALOR FACTURADO | FECHA DE INFORME | SALDO | FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| $ 372.000.000,00 | | | $ 372.000.000,00 | |
| | $ 76.107.550,00 | FEBRERO | $ 295.892.450,00 | FVCO938 |
| | $ 46.887.550,00 | MARZO | $ 249.004.900,00 | FVCO949 |
| | $ 49.365.500,00 | ABRIL | $ 199.639.400,00 | FVCO960 |
| | $ 16.573.800,00 | ABRIL | $ 183.065.600,00 | FVCO965 |

### COMPONENTE TÉCNICO

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

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | REPORTE DEL SUPERVISOR | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | ACTIVIDADES PACTADAS * | ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES | VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE) | | | | FUENTE DE VERIFICACIÓN |
| | | | T (1) | P (2) | N (3) | NA (4) | |
| 1 | Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) | Durante el Presente mes del 01 al 24 de abril año 2026 se realizaron 96 horas | X | | | | Se adjunta: certificación de consulta externa, certificación del área |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a interconsultas y participación en junas médicas. | de consulta externa. | | | | | correspondiente de apoyo a la supervisión. |
| 2 | Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos | Durante el Presente mes del 01 al 24 de abril año 2026 no se realizaron BRONCOSCOPIAS | | | | x | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte. |
| 3 | Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora. | Durante el Presente mes del 01 al 24 de abril 2026 se realizaron 42 horas. | X | | | | Se adjunta:<br><br>certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión. |
| 4 | Prestar servicios especializados como especialista en neumología para dar respuestas a interconsultas urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto. Valor paciente $50,072, oo a fin de dar cumplimiento con los tiempos de respuesta | Durante el Presente mes del 01 al 24 de abril año 2026 no se requirió | | | | x | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte. |
| 5 | El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido al supervisor, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando las actividades y desactivación de las plataformas y sistema de información interna del hospital. | Durante el Presente mes del 01 al 24 de abril año 2026 no se requirió | | | | x | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte. |

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

**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 83 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 01 AL 24 DE ABRIL año 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 **DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS ($ 16.573.800.00)** 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**

**SANDRA VERONICA TOVAR ROJAS**
**COORDINADOR SERVICIO URGENCIAS**

**TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS**
**COORDINADORA GESTIÓN AMBULATORIA, QUIRURGICA Y APOYO DIAGNOSTICO**

**JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA**
**COORDINADOR ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspecto financiera
Elaboró: Yaneth Rodríguez Vega – Pro. Universitario Gestión Clínica
**C.C. Carpeta del contrato**

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

## INFORME DE ACTIVIDADES No 4 DEL CONTRATO No. 83 DE 2026

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUMERO DE CONTRATO** | 83 DE 2026 | **DEPENDENCIA** | **(Coordinador Atención Hospitalaria)** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED | **CEDULA** | 901.055.156-5 |

| | |
|---|---|
| **MES DEL REPORTE** | 1 AL 24 ABRIL 2026 |

### BALANCE FINANCIERO

| ÍTEM | VALOR |
|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 372.000.000,00 |
| **ADICIONES** | |
| **SALDO EJECUTADO** | **$ 172.360.600,00** |
| **VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA** | $ 16.573.800,00 |
| **SALDO A EJECUTAR** | $ 183.065.600,00 |

| | |
|---|---|
| ***HORAS EJECUTADAS*** | **138 HORAS** |
| ***OBSERVACIONES:*** | |
| | |

### *VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS*

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | REPORTE DEL SUPERVISOR | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES PACTADAS *** | **ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES** | **VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)** | | | | **FUENTE DE VERIFICACIÓN** |
| | | | T (1) | P (2) | N (3) | NA (4) | |
| 1 | **VALORACION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS- RESPUESTAS DE IC- ASISTENCI A JUNTAS:** Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a interconsultas y participación en junas médicas. | Durante los días del 1 al 24 de abril 2026 se realizaron 96 horas | x | | | | Historias Clínicas. Certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión. |
| 2 | **NEUMOLOGIA PROCEDIMIENTOS:** Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos | Durante el presente periodo no se realizaron procedimientos | | | | x | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | **CONSULTA EXTERNA:** Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora. | Durante los días del 1 al 24 de abril 2026 se realizaron 42 horas | x | | | | Se adjunta: certificado del coordinador del área certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión. |
| 4 | Prestar servicios especializados como especialista en neumología para dar respuestas a interconsultas urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto. Valor paciente $50,072,oo a fin de dar cumplimiento con los tiempos de respuesta | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte. | | | | x | No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte |
| 5 | El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido al supervisor, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando las actividades y desactivación de las plataformas y sistema de información interna del hospital. | 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 ($) |
|---|---|
| **ABRIL -2026** | $11.721.400 |
| **ABRIL -2026** | $4.151.700 |
| **ABRIL -2026** | $617.000 |
| **ABRIL -2026** | $1.237.500 |

En Tunja,

**GLORIA DEL CARMEN GOMEZ DE HOYOS**
**CONTRATISTA REPRESENTANTE LEGAL CORESMED**

**Revisó:**

**JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA (Coordinador Atención Hospitalaria)**

**TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS Coordinadora Gestión Ambulatoria Quirúrgica Y Apoyo Diagnostico)**

**SANDRA VERONICA TOVAR ROJAS (Coordinador Urgencias)**

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 |
| 2026-03 | 2026-04 | 232089499 | 9502104496 | E | 2026/04/15 | 2026/04/17 | BANCO DAVIVIENDA | 2 | $667,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: TUNJA (1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $70,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $1,750,905 | $87,700 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $70,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $1,750,905 | $87,700 |
| Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $70,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $1,750,905 | $87,700 |
| 1 | CC 1049628150 | DIAZ ANA | 230301 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | CCF10 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | $9,200 | 30 | $1,750,905 | $87,700 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $70,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $1,750,905 | $87,700 |

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 | $280,200 | $400 | $0 | $280,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $280,200 | $400 | $0 | $280,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,200 | $100 | $0 | $9,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,200 | $100 | $0 | $9,300 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $70,100 | $100 | $0 | $70,200 |
| COMFABOY | CCF10 | 891,800,213 | 8 | 1 | $70,100 | $100 | $0 | $70,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $300 | $0 | $219,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $300 | $0 | $219,200 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,600 | $100 | $0 | $52,700 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 1 | $52,600 | $100 | $0 | $52,700 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $100 | $0 | $35,200 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 1 | $35,100 | $100 | $0 | $35,200 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$666,100** | **$1,100** | **$0** | **$667,200** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 6771431 | | BLANCO LEGUIZAMON JAVIER ALFONSO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 47 # 1- 91 | TUNJA-BOYACA | 7403827 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 251061534 | 9503720853 | I | 2026/05/11 | 2026/04/24 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $11,721,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,405,900 | $0 | $0 | $6,405,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $6,405,900 | $0 | $0 | $6,405,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $867,000 | $0 | $0 | $867,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $867,000 | $0 | $0 | $867,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,448,500 | $0 | $0 | $4,448,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $4,448,500 | $0 | $0 | $4,448,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $11,721,400 | $0 | $0 | $11,721,400 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificacion | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 6771431 | | BLANCO LEGUIZAMON JAVIER ALFONSO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 47 # 1- 91 | TUNJA-BOYACA | 7403827 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 251061534 | 9503720853 | I | 2026/05/11 | 2026/04/24 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $11,721,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 6771431 | BLANCO JAVIER | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $35,587,500 | $6,405,900 | EPS017 | 30 | $35,587,500 | $4,448,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $35,587,500 | $867,000 | 0 | $0 | $0 | No | $11,721,400 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $35,587,500 | $6,405,900 | | | $35,587,500 | $4,448,500 | | | $0 | $0 | | | $35,587,500 | $867,000 | | $0 | $0 | | $11,721,400 |



2026/04/24 04:14 PM

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 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 |
| 2026-04 | 2026-04 | 251030055 | 9503435324 | I | 2026/05/07 | 2026/04/24 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $4,151,700 |

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 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 |
| 2026-04 | 2026-04 | 251030055 | 9503435324 | I | 2026/05/07 | 2026/04/24 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $4,151,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 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 | No | $4,151,700 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $13,000,000 | $2,210,000 | | | $13,000,000 | $1,625,000 | | | $0 | $0 | | | $13,000,000 | $316,700 | | $0 | $0 | | $4,151,700 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 73104150 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JOAQUIN ANTONIO RIOS JEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | BOGOTA CRR 17 N 106-29 | TELEFONO: | 1234567 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | | | **6013612005** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril | AÑO 2026 |
| DIAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/04/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 251081060 |

**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 |
| EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 516.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 516.300 | $ 0 | $ 0 | $ 516.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 516.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 516.300** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 100.700 | $ 100.700 | $ 0 | $ 0 | $ 100.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 100.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 100.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACION | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 73104150 | RIOS JEREZ JOAQUIN ANTONIO | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | INDEMN SUST DEV SALDOS | $ 4.129.860 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS001-ALIANSALUD S.A | 30 | $ 4.129.860 | $ 516.300 | $ 0 | $ 516.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 4.129.860 | | $ 100.700 | | $ 0 | | | | | |

**TOTAL PAGADO: $ 617.000**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1032450143 | JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE | | CALLE 95 # 71-75 | 7567584 | sebastian1594@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 78008792 | 27/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $1.237.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 500.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 500.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 640.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 640.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 97.500 | | | | 97.500 | 0 | 0 | 97.500 | | | 975 | 97.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 500.000 | 500.000 |
| Pensión | 1 | 640.000 | 640.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 97.500 | 97.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.237.500 | 1.237.500 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1032450143 | JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE | | CALLE 95 # 71-75 | 7567584 | sebastian1594@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 78008792 | 27/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $1.237.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1032450143 | SIERRA DUARTE JUAN SEBASTIAN | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4.000.000 | 30 | 640.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 4.000.000 | 30 | 500.000 | 14-23 | 4.000.000 | 30 | 3 | 97.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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