INFORME No. 02

CONTRATO:	**246**	**DEL AÑO:**	**2026**
CONTRATISTA:	**JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**	**C.C. / C.E. /NIT No.:**	**1049636958**
OBJETO:	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA PARA LA E.S.E 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
$ 201.372.000,00			$ 201.372.000,00	
	$ 24.893.610,00	FEBRERO	$ 176.478.390,00	FEV-15
	$ 21.607.782,00	MARZO	$ 154.870.608,00	FEV-19

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 médico ortopedista para la realización de consultas ambulatorias, de acuerdo con el agendamiento institucional y el listado de turnos definidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO se realizaron 24 horas de consulta externa.	x				Se adjunta: certificación de consulta externa, certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
2	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, para la realización de cirugía programada y apoyo quirúrgico en eventos urgentes, de conformidad con el agendamiento	Durante el mes de FEBRERO se realizaron cirugías programadas y urgentes según la programación y	X				Se adjunta: Listado de eventos y certificación del área correspondiente de

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

	institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	listado de turnos de la especialidad					apoyo a la supervisión.
3	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, para la realización de cirugía programada en jornada nocturna, exclusivamente en eventos programados, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO no se realizaron jornadas de cirugía programada en jornada nocturna, exclusivamente en eventos programados				x	No fue requerida para el periodo.
4	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, en jornada diurna de 7:00 a 19:00 horas, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio. El alcance del servicio incluye: revista médica diurna de lunes a domingo en el servicio de hospitalización y unidades de cuidado intensivo, atención de consulta por urgencias, así como la realización de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de carácter urgente, incluido el código trauma, conforme a los protocolos institucionales vigentes.	Durante el mes de FEBRERO se realizaron 102 horas	X				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
5	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, en jornada nocturna de 19:00 a 7:00 horas, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio. El alcance del servicio incluye: revista médica nocturna de lunes a domingo en el servicio de hospitalización y unidades de cuidado intensivo, atención de consulta por urgencias, así como la realización de procedimientos quirúrgicos y no	Durante el mes de FEBRERO se realizaron 36 horas	X				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.

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

	quirúrgicos de carácter urgente, incluido el código trauma, de acuerdo con los protocolos institucionales vigentes.						
6	Prestar servicios especializados en ortopedia para la realización de juntas quirúrgicas, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.				X	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.
7	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.

(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 246 DE 2026

HACE CONSTAR:

Que, **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el mes DE FEBRERO 2026

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

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 **VEINTIÚN MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS ($ 21.607.782.00)** M/CTE.

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

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

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA APOYO SERVICIOS DE SALUD

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA
COORDINADOR ATENCIÓN HOSPITALARIA
COMPONENTE INTERCONSULTA - HOSPITALIZACIÓN

SANDRA VERÓNICA TOVAR ROJAS
COORDINADOR SERVICIOS URGENCIAS
COMPONENTE URGENCIAS - INTERCONSULTA

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspectó financiera.

Elaboró: Anggie Katherine Mancera González – Apoyo Revisión Cuentas.
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 2 DEL CONTRATO No.246 DE 2026

NUMERO DE CONTRATO	246	**DEPENDENCIA**	GESTÓN QUIRURGICA
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO	**CEDULA**	1.049.636.958

MES DEL REPORTE	FEBRERO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 201.372.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	$ 24.893.610,00
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 21.607.782,00
SALDO A EJECUTAR	$ 154.870.608,00

HORAS EJECUTADAS	162
OBSERVACIONES: EVENTOS $ 4.257.582	

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	Prestar servicios especializados como médico ortopedista para la realización de consultas ambulatorias, de acuerdo con el agendamiento institucional y el listado de turnos definidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 se realizaron 24 horas de consulta externa.	x				Se adjunta: certificación de consulta externa, certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.

2	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, para la realización de cirugía programada y apoyo quirúrgico en eventos urgentes, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 se realizaron cirugías programadas y urgentes según la programación y listado de turnos de la especialidad.	x				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
3	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, para la realización de cirugía programada en jornada nocturna, exclusivamente en eventos programados, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 no se realizaron cirugías nocturnas programadas.				x	No fue requerida para el periodo.
4	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, en jornada diurna de 7:00 a 19:00 horas, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio. El alcance del servicio incluye: revista médica diurna de lunes a domingo en el servicio de hospitalización y unidades de cuidado intensivo, atención de consulta por urgencias, así como la realización de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de carácter urgente, incluido el código trauma, conforme a los protocolos institucionales vigentes.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 se realizaron 102 horas.	x				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
5	Prestar servicios especializados como médico ortopedista, en jornada nocturna de 19:00 a 7:00 horas, de conformidad con el agendamiento institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio. El alcance del servicio incluye: revista médica nocturna de lunes a domingo en el servicio de hospitalización y unidades de cuidado intensivo, atención de consulta por urgencias, así como la realización de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de carácter urgente, incluido el código trauma, de acuerdo con los protocolos institucionales vigentes.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 se realizaron 36 horas de turno noche.	x				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
6	Prestar servicios especializados en ortopedia para la realización de juntas quirúrgicas, de conformidad con el agendamiento	Durante el mes de FEBRERO de 2026 se				x	No fue requerida para el periodo.

	institucional y el listado de turnos establecidos para la especialidad, garantizando el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio.	realizaron 0 horas de junta quirúrgica.					
7	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	Durante el mes de FEBRERO de 2026 no se requirieron actividades adicionales.				x	No fue requerida para el periodo.

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	**$2.379.000**
ENERO	**$3.200.700**
FEBRERO	**$5.202.100**

En Tunja, mes de marzo de 2026

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
Contratista

Revisó:

- **SERGIO CAMILO ESPINOSA AZULA Coordinador De la Especialidad**
- **Tatiana Carolina Mendoza Rojas./ Coordinadora Apoyo Servicios de Salud**
- **Juan Andres Matamoros Espitia / Coordinador atención Hospitalaria Componente interconsulta – Hospitalización.**
- **Sandra Veronica Tovar Rojas / Coordinador servicios urgencias Componente urgencias – Interconsulta.**

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	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO	diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	44989863	$2.379.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	931.100	0		0		0	0	0	0	931.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.191.800	0	0	37.300	37.300	0	0		1.266.400	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	181.500				181.500	0	0	181.500			1.815	181.500	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	931.100	931.100
Pensión	1	1.266.400	1.266.400
Riesgos Laborales	1	181.500	181.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.379.000	2.379.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO	diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	44989863	$2.379.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049636958	MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER	57	0			N																	230201	7.448.240	1.191.800	0	0	37.300	37.300	EPS005	7.448.240	931.100	14-23	7.448.240	3	181.500		0	0	0	0	0	0	0

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	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO	diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
44989863	02/02/2026				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	N	23/02/2026	55730634	TOTAL A PAGAR	
					$3.200.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.244.700	0		0		0	10	8.000	0	1.252.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.593.200	0	0	49.800	49.800	10	10.200	800	1.703.800	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	242.600				242.600	10	1.600	244.200			2.426	244.200	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	1.244.700	1.252.700
Pensión	1	1.692.800	1.703.800
Riesgos Laborales	1	242.600	244.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.180.100	3.200.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO		diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
44989863	02/02/2026				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	N	23/02/2026	55730634	$3.200.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049636958	MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER	57	0			N																	230201	17,405,684	2,785,000	0	0	87,100	87,100	EPS005	17,405,684	2,175,800	14-23	17,405,684	3	424,100		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO	diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@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
		65831195	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$5.202.100	

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	2.036.100	0		0		0	0	0	0	2.036.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.606.200	0	0	81.500	81.500	0	0		2.769.200	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	396.800				396.800	0	0	396.800			3.968	396.800	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	2.036.100	2.036.100
Pensión	1	2.769.200	2.769.200
Riesgos Laborales	1	396.800	396.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.202.100	5.202.100

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	1049636958	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO		diagonal 51b 61b 27 sur	3018332	alexander-1923@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
		65831195	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$5.202.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiatura	Sindicato	Participante	Cotiza. exterior	Extranjero	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 1049636958	MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER	57	0			N																	230201	16.288.730	30	2.606.200	0	0	81.500	81.500	EPS005	16.288.730	30	2.036.100	14-23	16.288.730	30	3	396.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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