2026 03 27 13,314,705.00

ANALITICA DM SAS

TRECE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CINCO PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI

NIT. 900750333

COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,994

Fecha : 27/marzo/2026 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : TRECE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CINCO PESOS MCTE ********** *** **Valor $** 13,314,705.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON
No. 27,101 **Fact** ADMS284 **Valor Bruto $** 9,106,021.00 **Valor Neto $** 10,226,643.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	1,730,144.00
IVA	RETENCION DEL IVA	259,522.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
415	547	250	276	212020200802	Servicios prestados a las empresas y ser	10,836,165.00

POR CONCEPTO DE HONORARIOS ASISTENCIALES
No. 27,102 **Fact** ADMS-284 **Valor Bruto $** 2,658,685.00 **Valor Neto $** 3,088,062.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	505,150.00
IVA	RETENCION DEL IVA	75,773.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 21:23

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,994

Fecha : 27/marzo/2026 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : TRECE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CINCO PESOS MCTE ********** **Valor $** 13,314,705.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
414	548	250	276	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y]	3,163,835.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
TASA PRODEP	$ 350,000.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
11005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	13,314,705.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	13,664,705.00	0.00
240722001	PRODEPORTES Y RECREACION 2*5%	0.00	350,000.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION DE LA CONTRATCION DE LAS EPS FACTURACION CARTERA AUDITORIA COSTOS GLOSAS DEVOLUCIONES MERCADEO DURANTE EL MES DE FEBRERO SEGUN CONTRATO 079 DE 2026

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 21:23

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 09/03/2026 Hora: 14:51

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
GASTOS ADMON	27,101	27/feb./2026	27/feb./2026	ADMS284

Obligación: 547 **Registro:** 250

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES

PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACIONCON LAS EPS* FACTURACION* CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS* COTOS* GLOSA Y DEVOLUCIONES* DEL 01 AL 15 FEBRERO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 079 2026.

VALORES

BRUTO :	10,836,165.00
DESCUENTOS :	0.00

IMPUESTOS :

RETENCION DEL IVA	259,522.00

VALOR NETO EN LETRAS

DIEZ MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS MCTE

NETO :	10,576,643.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	10,576,643.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	10,576,643.00
243625001	RETE IVA	0.00	259,522.00
589723001	SERVICIOS	10,836,165.00	0.00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 09/03/2026 Hora: 15:07

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
HONORARIOS ASISTENCIALES	27,102	27/feb./2026	27/feb./2026	ADMS-284

Obligación: 548 **Registro:** 250

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENO Y GESTION EN LA CONTRATACION EPS* FACTURAION* CARTER*AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS* COSTOS * GLOSAS Y DEVOLUCIONES* DEL 01 AL 15 FEBRERO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 79 2026.	**BRUTO :**	3,163,835.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		75,773.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	3,088,062.00
TRES MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL SESENTA Y DOS PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	3,088,062.00

IMPUTACION CONTABLE

	CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	3,088,062.00
243625001	RETE IVA	0.00	75,773.00
731103006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	3,163,835.00	0.00



EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 079-2026 MAS ADICION No1
CERTIFICA:

Que ANALITICA identificado (a) con NIT No. 901190272-9 cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios de apoyo Prestar servicios, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES del Contrato de prestación de Servicios No. 079de Fecha 07 de ENERO de 2026 ADICION No1 del periodo correspondiente de 01/02/2026 al 15/02/2026 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	ADMINITRATIVO	ASISTENCIAL
Valor Contrato Inicial	$ 21.6672,330	$ 6.327.670
No. CDP	33	33
No. RP	77	77
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales / Administrativos		
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE ENERO DE 2026	HASTA EL 31 ENERO DE 2026
ADICIÓN		
Valor	$10.836.165	$3.163.835
No. CDP	276	276
No. RP	250	250
Plazo de Ejecución	15/02/2026	15/02/2026
MODIFICACIÓN		
Otro Si Modificatorio		
Valor Contrato Inicial + Adición-Modificación	$ 32.508.495	$ 9.491.505
Valor Ejecutado	$	$
Valor Factura Actual	$ 10.836.165	$ 3.163.835
Total Ejecutado	$ 32.508.495	$ 9.491.505
Saldo por Ejecutar	$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecución	100%	100 %

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de febrero del año dos mil Veinticinco (2.026).

NOMBRE SUPERVISOR: MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS
SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA

REPRESENTANTE LEGAL: AMANDA CORCHUELO NAVARRETE
ANALITICA DM SAS

Analítica DM SAS

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: ADMS284
Fecha y Hora de Generación: 2026-02-27 15:01:10
Fecha validación: 2026-02-27 15:06:13-05:00

Nº Resolución: 18764091005911 **Prefijo:** ADMS **Consecutivo:** 251 hasta 350 **Fecha:** 2025-03-25 **hasta** 2027-03-25

Datos del Emisor	Datos del Adquirente
Razón social/Nombre: ANALITICA DM SAS **NIT:** 901190272-9 **Actividad Económica:** 7020 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** DG 17 B 88 77 AP 4 604 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO **Teléfonos:** 3014843146 **Contacto:** ANALITICA DM SAS **E-mail:** analiticadm.gerencia@gmail.com	**Razón social/Nombre:** ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA **NIT:** 900750333-1 **Dirección:** - - - **Teléfonos:** 0918264000 **E-mail:**

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	F01	1.00	ZZ	Servicio - PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATAACION CON LAS EPS, GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS	11,764,705.88	IVA 19.00	2,235,294.12		14,000,000.00

Total Items 1

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 19.00%	11,764,705.88	2,235,294.12

Totales	
SUBTOTAL:	11,764,705.88
TOTAL Base Imponible:	11,764,705.88
IVA	2,235,294.12
TOTAL:	14,000,000.00
TOTAL en letras: Catorce Millones Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Información Adicional

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PERIODO COBRO 01 AL 15 DE FEBRERO DE 2026
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA GESTION EN LA CONTRATACION DE LAS EPS, GESTION DE PROCESO DE FACTURACION, CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS, GESTION DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES SEGUN CONTRATO 79-2026

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Dias	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Transferencia Débito Bancaria		PAGO DEL 01 AL 15 DE FEBERRO DE 2026						

DE LAS MERCEDES" DEL MUNICIPIO DE FUNZA -
FECHA: 09/03/26 HORA: 01:14 pm
Liliana B. Bermúdez

CUFE: c722771dfe5e72874afa2f68f8dadb11350c9088e5289b3824f8c1bae5cbfb05d474eb03544e430ef0455e52b1d2f033
Representación Impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-791

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	079 MAS ADICIÓN Y PRORROGA No1
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANALITICA DM SAS**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	901190272-9
FECHA ACTA DE INICIO	07/01/2026
VALOR DEL CONTRATO	$ 28.000.000
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 15/02/2026
PRORROGA (ADICION)	ADICIÓN Y PRORROGA No1
FECHA FINAL DEL CONTRATO	Hasta el 15/02/2026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	$14.000.000
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$ 42.000.000
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	01/02/2026 al 15/02/2026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Febrero 2026
NUMERO DE INFORME	__02__ de __02_
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$28.000.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE	$ 28.000.000

ACTA	
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO **BANCOLOMBIA** N° DE CUENTA **38800015631**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO__X__SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD____	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA

2. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____	**Informe Final ___X_____**

3. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Analizar la prestación de servicios de salud y sus posibles brechas frente a la venta de servicios, recuperación de cartera y conciliación de glosas, dentro del análisis del cumplimento de las metas de contratación.	Se realiza contestación a glosas y devoluciones radicas en nuestra IPS HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA por un valor de $ 1.763.215.984, se anexa soporte.	100 %
2	De igual manera se hace necesario analizar el control de trazabilidad de las facturas y el impacto que se tiene en los procesos de radicación de cuentas médicas y posterior cobro de dichos eventos.	Se avanzó en el proceso de implementación digital en las diferentes plataformas de las ESP ya que nuestra IPS y actualizaciones en el sistema CNT para la descarga de soportes de servicios prestados.	100 %
3	Para complementar el plan de acción y de mejora con base en las evidencias de las auditorias, se hace necesario capacitar al personal de facturación, glosas y c artera en los diferentes frentes de trabajo, ya que en el mercado es escaso el personal con	Se realiza reunión de socialización de plan de acción para el mes febrero 2026, articulando con el proceso de radicación digital de glosas , devoluciones y factura mes corriente de forma digital 100%	100 %

	conocimientos idóneos frente a las diferentes tareas que se desarrollan en los procesos financieros.		
4	Para optimizar el modelo de operación digital tanto para la venta de servicios como para la radicación de cuentas médicas, se hace necesario apoyar la gestión con procesos de capacitación en el manejo de las plataformas y de validación de los registros individuales por prestación de servicios de salud (RIPS-Res.3374 de 2000).	Se realizan ajustes en el modelo de radicación en conjunto con el personal de facturación e la ESE y auditores, cambios de roles de personal y fortalecimiento de capacidades administrativas, validación e rips y conocimiento de plataformas virtuales, se anexa soporte.	100 %
5	Con el propósito de consolidar y validar la información que se presenta en los comités financieros y en los informes de consumo externo e interno de la entidad, es necesario revisar la calidad con que ese emiten los datos, su consistencia y los soportes de dichas entregas entorno a la facturación, radicación, cartera y conciliación de glosas.	La facturación Global generada por la ESE a la radicación de este informe de actividades ejecutadas para el periodo es de **$ 1.059.749.283**	100 %
6	Frente a la evidencia de la existencia de problemas de fondo en la generación de los archivos planos y RIPS, es necesario validar la información que normalmente se reporta con metas, producción y costos, por lo que se hace necesario analizar y reportar las novedades que puedan resultar de dicho proceso.	Todas fueron reportadas por vía correo a la subgerencia científica en plan de mejora, las cuales se encuentra en estructuración de plan de manejo y subsanación de los hallazgos notificados por las áreas pertinentes dando solución pronta a dichas sugerencias.	100 %
7	Seguimiento al contrato de venta de servicios de salud a través de la modalidad de cápita, evento y pago global prospectivo.	Se establece nuevo proceso y enlace entre Analítica DM SAS y La ESE HNSM para controlar la información de contratación y mayor seguimiento a los contratos de ventas de servicio con el cual se proyecta mantener información eficaz, clara , exacta y veraz de los modelos de	100 %

		contratación tanto en contenido como de tarifas , para ello en el mes de enero de 2026 se realizan acercamientos con las siguientes administradoras: Salud total, Nueva EPS , Sanitas Eps , Famisanar , Se anexa porte.	
8	Seguimiento al contrato de venta de servicios de salud a través de la modalidad de cápita, evento y pago global prospectivo.	En el periodo de presentación de este informe contamos con una facturación de servicios de **$ 1.059.749.283**	100 %
9	Participar activa y decididamente en los procesos de contratación con las diferentes entidades responsables de pago.	Se socializa portafolio de servicios con las eps actualizado 2026 y se envía documentación al 100% a las diferente ERP	100 %
10	Apoyar la depuración de cartera junto con las entidades responsables de pago.	Se realiza el envío de la cartera pendiente por conciliar a las diferentes EPS ya que muchas de estas tienen diferencias en los valores reportados a la IPS. Este envío se realiza con el fin de obtener la asignación de citas para la conciliación y acuerdos de pagos por parte de las EPS, Se anexa soportes.	100 %
11	Dar trámite a las glosas y devoluciones que sean entregadas oficialmente y que se evidencie que llegaron por medios válidos para poder gestionar.	A le fecha de corte del mes de septiembre de 2026se han dado tramite de respuesta glosa $ 1.763.215.984 Famisanar , Sanitas, Nueva EPS y capital salud, Salud total Familiar de Colombia, axa colpatria Secretaria de Salud de Cundinamarca, mundial de seguros previsora.	100 %
12	Auditar y revisar posibles novedades en la aplicación de las normas en salud para la correcta facturación de las cuentas médicas.	Se dan indicaciones a todo el equipo de facturación y en especial al equipo de auditores de cuentas medicas de acuerdo a la normatividad vigente, se anexa soporte.	100 %
13	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos por cápita, a fin de emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya	Se completa el I inventario total de todas las áreas, y medidas de cada una de estas para implementar el módulo de costos con el apoyo del área de sistemas.	100 %

	lugar, con el equipo de trabajo de costos.		
14	Evaluar la capacidad instalada, REPS, oportunidad y RIPS, a fin de establecer la ruta de acción y resultado para emitir los planes de mejora a que haya lugar.	Se retroalimenta al área asistencial de todas las novedades evidenciadas frente a los servicios habilitados por REPS	100 %
15	Evaluar y determinar la idoneidad de los formatos de historia clínica del sistema de información disponibles para documentar el trabajo realizado por el personal asistencial.	Se retroalimenta al área asistencial sobre todas las novedades evidenciadas frente a los vacíos de documentación de hallazgos y soportes en la historia clínica del sistema de información	100 %
16	Analizar y determinar la actualización e implantación de las guías de práctica médicas adoptadas por la institución, con evaluación del personal asistencial que presta los servicios de salud a los pacientes en proceso de atención.	Se realiza la solicitud a la subgerencia científica de las guías de práctica médica para evaluar su adherencia, se anexa soporte.	100 %
17	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos y su alcance frente a la revisión y cumplimiento de las guías de atención integral para los diferentes programas de PYD, a fin de emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya lugar, con el equipo de trabajo generador de facturas.	Se evidencia que no hay cumplimiento de metas debido a los problemas de diligenciamiento de historia clínica, parametrización de las plantillas resolución 3280 por parte del área de sistemas e informando a la sub científica para dar manejo y cumplimiento a las actividades de ejecución establecidas	100 %

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	ENERO
N	CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL
APORTE SALUD	$0

APORTE PENSION	$0
APORTE ARL	$0
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	$0

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.
SI __X__ NO_____

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.
SI __X__ NO_____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Nombre: Amanda Corchuelo Navarrete **NIT: 901190272-9** **Representante Legal ANALITICA DM SAS**	**MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS** SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA
Supervisor del Contrato	
MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS SUBGERENCIA ADMINISITRATIVA Y FINANCIERA	
Visto Bueno Tesoreria	
Firma	

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 1 B B 5 3 8 A D 8 A 0 B C 6 0

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA TOVAR PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52087357 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 143297-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DIANA MARCELA TOVAR- CONTADOR PUBLICO ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO IDENTIFICADO CON LA C.C 52.087.357 Y TARJETA PROFESIONAL 143297-T

CERTIFICA

Que de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 50 de la Ley 789 de Diciembre de 2002; en mi calidad de Contador Publico de la entidad denominada **ANALITICA DM SAS con NIT 901.190.272-9** se esta dando cumplimiento a todas las obligaciones de Ley y a la fecha tiene contratado personal por el termino de contrato orden de prestación de servicios - OPS

Que el personal contratado se encuentra **a PAZ Y SALVO de aporte de los últimos seis meses** por los conceptos de Pensión correspondientes a los meses de Enero de 2026 y salud correspondiente al mes de Febrero de 2026 y riesgos laborales como lo estipula la Ley.

- Aportes sistema de seguridad social en Salud
- Aportes sistema de seguridad social en Pensión
- Aportes a Riesgos Laborales

La presente certificación se expide en Bogotá, a los 18 dias del mes de Febrero de 2026.

En Constancia firma

DIANA MARCELA TOVAR PEREZ

Contador Publico, Especialista en Revisoría Fiscal

C.C 52.087.357

T.P 143297-T

Teléfono 3911760 Celular 3103041250

Cra 55 152 b 68 torre 1 Ap 208

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



14329-T

DIANA MARCELA
TOVAR PEREZ
C.C. 52087357

RESOLUCION INSCRIPCION 180 FECHA 09/07/2009
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 153751

67147

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52087357
NUMERO
TOVAR PEREZ
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
FORMATO	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
Nombre	**Código**	**Versión**	**Fecha aprobación**
CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025

DE: SIAU

PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que ANALITICA **DMS SAS**, identificada con NIT. No. 901190272-9. Quien se desempeña en la ejecución del contrato de, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES., no registra PQRSDF pendientes en el mes de febrero.

Atentamente

Tatiana C.

TATIANA ALEJANDRA CASTAÑEDA DELGADO
TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de febrero de 2026.

Elaboró y Proyectó: Tatiana Alejandra Castañeda Delgado /Líder SIAU
Revisó: Mario Enrique Góngora C – Subgerente Administrativo y Financiero
Aprobó: Julia Isabel Murelle Plazas-Gerente

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E

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	1001087805	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GOMEZ	Carrera 24#2-297 Torre 26 AP302	3057734143	ar9518027@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49085189	09/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$519.500	

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	218.900	0		0		0	6	900	0	219.800	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	280.200	0	0	0	0	6	1.100	0	281.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	6	100	18.400			183	18.400	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	218.900	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	18.300	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	519.500

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	1001067805	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ GOMEZ	Carrera 24#2-297 Torre 26 AP302	3057734143	ar9518027@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49085189	09/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$519.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolívar	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IGE	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 1001067805	RODRIGUEZ GOMEZ ANDRES FELIPE	58	0			N																230201	1.750.905	30	280.300	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	2	15.300		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	1003689483	MARKO ANDREW VELANDIA JARAMILLO	CALLE 15A N 4 79	3208050146	ve.marko89@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48133927	09/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$517.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003689483	MARKO ANDREW VELANDIA JARAMILLO	CALLE 15A N 4 79	3208050146	ve.marko89@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48133927	09/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Radicar	Extranjero	Cotiza exterior	Estudiante	IRP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	RET	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 1003689483	VELANDIA JARAMILLO MARKO ANDREW	33	0			N											230301	1.760.906	30	280.700	0	0	0	0	EPS010	1.760.905	30	210.900	14-4	1.760.905	30	2	16.300		0	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	1071630286	KELLY JOHANA GUEVARA RINCON	CALLE 1A No 5-24	2411420	kellyguevara488@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	25/02/2026	57548317	$519.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	6	900	0	219.800	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	280.200	0	0	0	0	6	1.100	0	281.300	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	18.300				18.300	6	100	18.400			183	18.400	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	218.900	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	18.300	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	519.500

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	1071630285	KELLY JOHANA GUEVARA RINCON	CALLE 1A No 5-24	2411420	kellyguevara189@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		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	25/02/2026	57548317	$519,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Exterior	Cotiz. exterior	Dependiente	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRP	SUS	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	1071630285	GUEVARA RINCON KELLY JOHANA	SI	0			N														25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	210.900	14-23	1.750.905	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 1032477078		VALENTINA CASAS YAYA	INDEPENDIENTE	Principal	Cra. 98b #14-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017939383	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	44904679	9498641503	I	2026/02/18	2026/02/09	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1032477078	CASAS VALENTINA																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total Afiliados(1)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

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	1073524024	ASTRID YARITZA MURCIA PEDRAZA		Carrera 6 # 23 70 Zuame	9224438	astridmurcia52@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	I	25/02/2026	56056294	TOTAL A PAGAR	
					$548.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	19	2.700	0	221.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-5	280.200	0	0	0	0	19	3.400	0	283.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	19	600	43.300			427	43.300	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	218.900	221.600
Pensión	1	280.200	283.600
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	548.500

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	1073524024	ASTRID YARITZA MURCIA PEDRAZA		Carrera 6 # 23 70 Zuame	9224438	astridmurcia52@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		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	25/02/2026	58056294	$548.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Ingreso	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	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	1073524024	MURCIA PEDRAZA ASTRID YARITZA	57	0			N																230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 35220522		MARTINEZ LEON NUBIA ESMERALDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 86 94A-16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	2067425547	94976922 35	I	2026/02/06	2026/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 35220522	MARTINEZ NUBIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/01/07 07:47 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35220522		MARTINEZ LEON NUBIA ESMERALDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 86 94A-16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	2067425547	9497692235	I	2026/02/06	2026/01/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

2026/01/07 07:47 PM

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	1030614778	GINA VALERIA GONZALEZ BAUTISTA	CRA 79 F N 46 16 SUR	4745316	UMB.BAUTISTA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65007272	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$3,924,800	$1,250,800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	490.600	0		0		0	16	5.100	0	495.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	628.000	0	0	0	0	16	6.500	0	634.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	95.700				95.700	16	1.000	96.700			957	96.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.600	16	300	23.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	490.600	495.700
Pensión	1	628.000	634.500
Riesgos Laborales	1	95.700	96.700
CCF	1	23.600	23.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.237.900	1.250.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1030614778	GINA VALERIA GONZALEZ BAUTISTA		CRA 79 F N 46 18 SUR	4745316	UMB.BAUTISTA@GMAIL.COM	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
		65007272	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$3,924,600	$1,250,800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Aprendiz Sena en etapa lectiva	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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 1030614778	GONZALEZ BAUTISTA GINA VALERIA	59	0			N						X										230301	3.924.600	30	628.000	0	0	0	0	EPS026	3.924.600	30	490.800	14-23	3.924.600	30	3	95.700	CCF24	3.924.600	30	23.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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