2026 04 16 37,281,176.00

ANALITICA DM SAS

TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI

NIT. 900750333

COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,156

Fecha : 16/abril/2026 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE ********** **Valor $** 37,281,176.00

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

POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON
No. 27,325 **Fact** ADMS294 **Valor Bruto $** 21,932,773.00 **Valor Neto $** 24,494,916.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	4,167,227.00
IVA	RETENCION DEL IVA	625,084.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
599	779	312	301	212020200802	Servicios prestados a las empresas y ser	26,100,000.00

POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON
No. 27,326 **Fact** ADMS--294 **Valor Bruto $** 3,655,462.00 **Valor Neto $** 4,245,819.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	694,538.00
IVA	RETENCION DEL IVA	104,181.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 09:52

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,156
Fecha : 16/abril/2026	**Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS
La Suma de : TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE **********	**Valor $** 37,281,176.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366	**Cheque :** PE

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
598	780	440	452	212020200802	Servicios prestados a las empresas y ser	4,350,000.00

POR CONCEPTO DE HONORARIOS ASISTENCIALES
No. 27,327 **Fact** ADMS0294 **Valor Bruto $** 6,302,521.00 **Valor Neto $** 7,320,378.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	1,197,479.00
IVA	RETENCION DEL IVA	179,622.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
597	781	312	301	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	7,500,000.00

POR CONCEPTO DE HONORARIOS ASISTENCIALES
No. 27,328 **Fact** ADMS00294 **Valor Bruto $** 1,050,420.00 **Valor Neto $** 1,220,063.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	199,580.00
IVA	RETENCION DEL IVA	29,937.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
596	782	440	452	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	1,250,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
	TASA PRODEP $ 980,000.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	37,281,176.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	38,261,176.00	0.00
240722001	PRODEPORTES Y RECREACION 2*5%	0.00	980,000.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 09:52

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,156

Fecha : 16/abril/2026 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE **********

Valor $ 37,281,176.00

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

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 MARZO SEGUN CONTRATO 259 DE 2026

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 09:52

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 06/04/2026 Hora: 12:51

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
GASTOS ADMON	27,325	31/mar./2026	31/mar./2026	ADMS294

Obligación: 779 **Registro:** 312

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 ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS* COSTOS * GLOSAS Y DEVOLUCUIONES * MARZO. CONTRATO 259 2026.	**BRUTO :**	26,100,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		625,084.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	25,474,916.00
	CANCELADO :	0.00
VEINTICINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS MCTE	**N. CREDITO :**	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	25,474,916.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	25,474,916.00
243625001	RETE IVA	0.00	625,084.00
510801001	REMUNERACION POR SERVICIOS TE	26,100,000.00	0.00

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

Fecha: 06/04/2026 Hora: 12:55

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
GASTOS ADMON	27,326	31/mar./2026	31/mar./2026	ADMS--294

Obligación: 780 **Registro:** 440

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 ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS* COSTOS * GLOSAS Y DEVOLUCUIONES * MARZO. CONTRATO 259 2026.	**BRUTO :**	4,350,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		104,181.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	4,245,819.00
	CANCELADO :	0.00
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DIECINUEVE PESOS MCTE	**N. CREDITO :**	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	4,245,819.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	4,245,819.00
243625001	RETE IVA	0.00	104,181.00
510801001	REMUNERACION POR SERVICIOS TE	4,350,000.00	0.00

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

Fecha: 06/04/2026 Hora: 14:09

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
HONORARIOS ASISTENCIALES	27,327	31/mar./2026	31/mar./2026	ADMS0294

Obligación: 781 **Registro:** 312

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 ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS* COSTOS * GLOSAS Y DEVOLUCUIONES * MARZO. CONTRATO 259 2026.	**BRUTO :**	7,500,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		179,622.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	7,320,378.00
SIETE MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	7,320,378.00

IMPUTACION CONTABLE

	CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	7,320,378.00
243625001	RETE IVA	0.00	179,622.00
731103006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	7,500,000.00	0.00

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

Fecha: 06/04/2026 Hora: 14:11

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
HONORARIOS ASISTENCIALES	27,328	31/mar./2026	31/mar./2026	ADMS00294

Obligación: 782 **Registro:** 440

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 ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS* COSTOS * GLOSAS Y DEVOLUCUIONES * MARZO. CONTRATO 259 2026.	**BRUTO :**	1,250,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		29,937.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	1,220,063.00
UN MILLON DOSCIENTOS VEINTE MIL SESENTA Y TRES PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	1,220,063.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	1,220,063.00
243625001	RETE IVA	0.00	29,937.00
731103006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	1,250,000.00	0.00

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 DEL TALENTO HUMANO		
Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
SUPERVISOR CONTRATO	A-TH-F-009	V5	05/03/2025



EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 259-2026 +ADICION Y PRORROGA No 1
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. 259 de Fecha 23 de FEBRERO de 2026 del periodo correspondiente de 01/03/2026 al 31/03/2026 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	ADMINITRATIVO	ASISTENCIAL
Valor Contrato Inicial	$ 34.800.000	$ 10.000.000
No. CDP	301	301
No. RP	312	312
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales / Administrativos		
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026	HASTA EL 31 MARZO DE 2026
ADICIÓN		
Valor	$ 4.350.000	$ 1.250.000
No. CDP	452	452
No. RP	440	440
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE MARZO	HASTA EL 31DE MARZO
MODIFICACIÓN		
Otro Si Modificatorio		
Valor Contrato Inicial + Adición-Modificación	$ 39.150.000	$ 11.250.000
Valor Ejecutado	$ 8.700.000	$ 2.500.000
Valor Factura Actual	$ 30.450.000	$ 8.750.000
Total Ejecutado	$ 39.150.000	$ 11.250.000
Saldo por Ejecutar	$ 0	$ 0
Porcentaje de Ejecución	100 %	100 %

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de marzo 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.: ADMS294
Fecha y Hora de Generación: 2026-03-31 10:15:21
Fecha validación: 2026-03-31 10:20:21-05:00

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	32,941,176.47	IVA 19.00	6,258,823.53		39,200,000.00
Total Items		1							

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 19.00%	32,941,176.47	6,258,823.53

Totales	
SUBTOTAL:	32,941,176.47
TOTAL Base Imponible:	32,941,176.47
IVA	6,258,823.53
TOTAL:	39,200,000.00
TOTAL en letras: Treinta Y Nueve Millones Doscientos Mil Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Información Adicional

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PERIODO COBRO MARZO DE 2026
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA GESTION INTEGRAL EN LA CONTRATACION DE LAS ERP, ASI COMO EN LOS PROCESO DE FACTURACION,VALIDACION JSON-RIPS, RADICACION, GESTION DE CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS, GESTION DE COSTOS, GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES GARANTIZANDO ASI EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, EL MEJORAMIENTO PERMANENTE DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, Y LA BUSQUEDA Y GENERACION DE EFICIENCIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION DE LA REGION SEGUN CONTRATO 259-2026

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Transferencia Débito Bancaria		PAGO MARZO DE 2026						

DE LAS MERCEDES" DEL MUNICIPIO DE FUNZA -
FECHA: 31/03/26 HORA: 12:58
Liliana B. Bermúdez

CUFE: 8e22de38cc336bf4f1ec62cbd6af60cc2d61c186587e86c7770b694ca6f3d15f66bb486f158d4f9c5e0cbf17df692039
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	259 MAS ADICIÓN Y PRORROGA No1
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANALITICA DM SAS**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	901190272-9
FECHA ACTA DE INICIO	23/02/2026
VALOR DEL CONTRATO	$ 44.800.000
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 31/03/2026
PRORROGA (ADICION)	ADICIÓN Y PRORROGA No1
FECHA FINAL DEL CONTRATO	Hasta el 31/03/2026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	$5.600.000
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$ 50.400.000
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	01/03/2026 al 31/03/2026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Marzo 2026
NUMERO DE INFORME	__03__ de __03_
SALDO DE EJECUCIÓN	$ 0

PRESUPUESTAL	
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$ 39.200.000
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 $ 3.120.6548.850, 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 conocimientos idóneos frente a las diferentes tareas que se desarrollan en los procesos financieros.	Se realiza reunión de socialización de plan de acción para el mes marzo 2026, articulando con el proceso de radicación digital de glosas , devoluciones y factura mes corriente de forma digital 100%	100 %
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 **$ 3.155.258.025**	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	100 %

		contratos de ventas de servicio con el cual se proyecta mantener información eficaz, clara , exacta y veraz de los modelos de 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 $ 3.120.6548.850,	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 marzo de 2026se han dado tramite de respuesta glosa $3.120.6548.850Famisanar , 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 lugar, con el equipo de trabajo de costos.	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 %
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 vacios 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	FEBRERO
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 Tesorería

Firma

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 marzo.

Atentamente

ANGIE MILENA CAMARGO RIVEROS
TRABAJO SOCIAL – SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de MARZO de 2.026.

Elaboró y Proyectó: Angie Milena Camargo Riveros – Trabajadora Social – SIAU.
Revisó: Mario Góngora Contreras – Subgerencia administrativa y financiera.
Aprobó: Julie Isabel Murillo 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.

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 Febrero de 2026 y salud correspondiente al mes de Marzo 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 30 dias del mes de Marzo 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

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

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 151751

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
NUMERO
52087357
APELLIDOS
TOVAR PEREZ
NOMBRES
DIANA MARCELA
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

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
2026-02	2026-02	58578338	94983402516	I	2026/03/06	2026/02/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$216,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$216,900			$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	$216,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 35220522	MARTINEZ NUBIA	05-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$216,900		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	$216,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

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.	5000055	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	585783138	94983405516	I	2026/03/06	2026/02/13	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

2026/02/12 06:46 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	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
		84853636	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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
		84853838	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$817.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Estudiante	Colombiano en el exterior	Pensionado	IGE	LMA	VSP	SLN	IRL	VAC	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SUS	INC	LMA	VAC	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	59	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	2	16.300		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	1071630285	KELLY JOHANA GUEVARA RINCON	CALLE 1A No 5-24	2411420	kellyguevara459@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69870704	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$519.300	

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	5	800	0	219.700	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
25-14	Colpensiones	800138004-7	280.200	0	0	0	0	5	1.000	0	281.200	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	18.300				18.300	5	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	219.700
Pensión	1	280.200	281.200
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	519.300

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	kellyguevara489@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89870704	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$519.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustitutivo	Pensionado	Cotiz. especial	Suspensión	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	Días de Mora	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1071630285	GUEVARA RINCON KELLY JOHANA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS030	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	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

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
		65771193	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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	1001057605	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
		65771193	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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	Colomb	Estudiante	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IRP	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SLE	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAF	Aporte MEN
1	CC 1001057605	RODRIGUEZ GOMEZ ANDRES FELIPE	SI	0			N																			230201	1.750.905	30	280.300	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	216.900	14-4	1.750.905	30	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
2026-02	2026-02	121211772	9500710958	I	2026/03/18	2026/03/09	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 vsp	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

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 1003565983		MENDIETA MEDINA MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3 SUR N 24 - 89 ESTE	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	3024268870	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	147678860	9500802218	I	2026/03/19	2026/03/17	BANCOLOMBIA	0	$541,800

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		$42,700		$0	$0		$541,800
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		$541,800
Ciudad: FACATATIVA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC 1003565983	MENDIETA MARIA		23100 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-21	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

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	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ	CALLE 5 0 88	3124310439	karielsabogal@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55573027	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$550.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	25	3.600	0	222.500	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	25	4.800	0	284.800	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										
14-11	ARL SURA	830003780-5	42.700				42.700	25	700	43.400			427	43.400	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	25	0	0	0
ICBF				
0	25	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	222.500
Pensión	1	280.200	284.800
Riesgos Laborales	1	42.700	43.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	550.700

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	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ		CALLE 5 0 68	3124310439	karielsabogal@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55573027	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$550.700	

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	Colombiano en el exterior	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 1071629627	SABOGAL MARTINEZ KAROL MARIEL	59	0			N																230301	1.750.905	30	260.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	216.900	14-11	1.750.905	30	3	43.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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