INFORME DE SUPERVISIÓN No. 04 DEL CONTRATO No.123 DEL 25 DE MARZO DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y HERMES BOLAÑOS ARCOS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-120-2026	
Contrato N°:	123-2026	
Término:	La duración del contrato será hasta el 31 de octubre de 2026, contado a partir de la suscripción del acta de inicio.	
Fecha Acta de inicio (dd/mm/aaaa):	25/03/2026	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31/10/2026	
Valor Inicial	$ 800.000.000	
Otro si N° 1		
Contratista:	**HERMES BOLAÑOS ARCOS**	
NIT o Cedula de Ciudadanía	10.548.679	
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
Forma de pago:	El Hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de la respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA,ICBF,CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ETC.) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden de pago se le realizarán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará mediante los trámites administrativos establecidos por el Hospital, según procedimiento interno de pago de cuentas	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. 150 del 20 de Febrero de 2026	
No. Registro presupuestal	No. 253 del 25 de marzo de 2026	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo de la profesional universitaria Sandra Yadira Rosero Benavides con el apoyo que se designe o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	
Periodo a que corresponde el informe	**DESDE (dd/mm/aaaa)**	**HASTA (dd/mm/aaaa)**
	14/05/2026	**15/05/2026**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	**25/03/2026**	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	05/2026
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	$ 812.500
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	$ 34.000
AFP	COLPENSIONES	VALOR PAGADO	$ 1.040.000
VALOR TOTAL PLANILLA	$ 1.886.500	PLANILLA No.	79611367
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 04/05/2026		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
VALOR EJECUTADO	$ 529.353.451
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$ 5.757.471
SALDO A EJECUTAR	**$ 270.646.549**

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA AL PERIODO DE REPORTE:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E, a suministrar los dispositivos médicos descritos en la definición técnica y cumplir con las siguientes condiciones: 1). Suministrar los dispositivos médicos de forma debida y oportuna entendido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud realizada por la persona autorizada por el hospital, mediante llamada telefónica o solicitud por escrito. 2). Los de elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando la siguiente información: Número de lote de fabricación. Fecha de vencimiento. Registro INVIMA.Laboratorio fabricante. Valor unitario, la descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. 3).El contratista se obliga con el HOSPITAL a recibir por el ciento por ciento (100%) de su valor y para efectos de cambio o notas de crédito todos los dispositivos médicos próximos a vencerse cuantificado por unidades independientemente si el contrato se encuentra ejecutado o pendiente por liquidar para lo cual el hospital	**ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**	**ACTA DE RECEPCION TECNICA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6508670 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000912363

realizara el reporte con 12 meses de anterioridad al vencimiento del producto 4). Las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 75% de la vida útil del dispositivo medico entregado. Cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el último día de su vencimiento. 5). Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser de ser pertinente. 6). Los productos que presenten no conformidades por calidad o devueltos por fecha de vencimiento ,entre otras cosas , deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas siguientes a la notificación por parte del supervisor del contrato. 7). Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación ,que sea solicitada y al mismo laboratorio al cual fue contratado ,si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio al contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. 8). El contratista está en la obligación de acogerse y notificara la entidad los cambios por precios estipulados en circulares u otros mecanismos que determine el gobierno para tal fin; en el evento que los dispositivos médicos que hagan parte del listado del presente contrato , sufran regulación de precios por políticas de control del Gobierno Nacional a través de la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos u otro medio. 9). Informar cuando el monto del contrato se haya ejecutado en un 60%. 10).No ceder el presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del HOSPITAL. 11).Los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista. 12).Informar por escrito en caso de desabastecimiento de los dispositivos médicos, que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta de backorder de desabastecimiento del laboratorio/soporte. Una vez validado el desabastecimiento por parte de la entidad, e contratista deberá ofrecer de manera inmediata otra(s) alternativa(s) que cumplan con las mismas especificaciones técnicas del producto contratado (ficha técnica e invima);además se debe anexar carta emitida por el laboratorio fabricante o por el importador autorizado por el INVIMA, en la cual se justifique el producto a entregar. Dicho producto deberá ser verificado y sustentado por el director técnico farmacéutico, y a su vez deberá contar con la autorización del supervisor del contrato y el subdirector cientifico, para su aceptación. 13).En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un dispositivo medico nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el comité por el comité de farmacia y terapéutica, el HOSPITAL tendrá piena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos dispositivos médicos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentran contemplados en la relación establecida en el presente proceso. Para tal efecto, el CONTRATISTA deberá presentar una certificación en la que conste su calidad de distribuidor exclusivo, o contar con autorización expresa del laboratorio, del fabricante correspondiente o del importador del nuevo producto. EL CONTRATISTA se compromete a suministrar los dispositivos médicos requeridos por el HOSPITAL en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud formal, debidamente firmada por el director técnico del servicio farmacéutico, el supervisor del		No.**454 del 14/05/2026**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

contrato y el subdirector científico, en las cantidades definidas en dicha solicitud. Para la determinación del precio, se deberán obtener al menos dos (2)cotizaciones diferentes, y se verificara que los productos cumplan con las especificaciones técnicas exigidas por el HOSPITAL (FICHA TECNICA E INVIMA).En caso de tratarse de dispositivos médicos de control especial o sujetos a regulación por parte del Gobierno Nacional, se aplicara lo dispuesto por la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por las normas vigentes, especialmente en lo referente al precio máximo de venta. 14).Si durante la ejecución del contrato se presentan o notifican incidentes o eventos adversos relacionados con el uso Dispositivos médicos que obligue al cambio de laboratorio, marca o lote, el contratista debe proponer alternativas que se encuentran en el mercado. Igualmente, si el INVIMA emite alertas sanitarias relacionadas con algún producto relacionado que se encuentre dentro del contrato, el contratista debe tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier retiro o desabastecimiento. Si durante la vigencia del contrato el registro sanitario INVIMA de alguna de los dispositivos médicos se encuentra próximo a vencer, el contratista deberá presentar oportunamente el trámite de renovación o la solicitud de autorización se agotamiento ante dicha entidad; según lo establecido en el decreto 4725 de 2005.Ministerio de salud y protección social. La documentación correspondiente deberá remitirse al momento de la recepción técnica del producto y al supervisor del contrato, so pena de no aceptación de los dispositivos médicos.15).Obligaciones generales ambientales del contratista: El contratista deberá acatar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA)del Hospital Susana López de Valencia, conocer su política y los objetivos ambientales; adquirir el compromiso de gestionar los aspectos ambientales asociados a las actividades derivadas de la ejecución del contrato(manejo adecuado de sustancias químicas, emisiones de gases de efecto invernadero - Gel y/o potenciales agotadores de ozono - PAO), generación de residuos sólidos) y garantizar el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones como proveedor del servicio, según la normatividad ambiental aplicable vigente, así como también garantizar la adherencia al mejoramiento continuo de la certificación ISO 14001 2015 de la cual la institución es acreedora.		

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobante de entrada, factura electrónica, acta de recepción, planilla de seguridad social.	4

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AG000000031999	15/05/2026	FP353	14/05/2026	$ 5.757.471
			TOTAL	$5.757.471

8. CERTIFICACION DE PAGO:

El suscrito supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales por lo tanto procede el pago correspondiente al periodo certificado.

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)	
14/05/2026	15/05/2026	$ 5.757.471

El anterior informe se firma a los veintisiete (27), días del mes de mayo del 2026.

SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
59.795.635
Supervisor del contrato

Proyecto y Revisó: Alicia Angulo- Afiliada Participe Asies Alicia A.
Aprobó: Sandra Yadira rosero Benavides- supervisor del contrato
Líder de proceso: Pablo Ante

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. USUARIO 589

891501676-1

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000031999

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 15/05/2026 02:29 p. m.

CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3104103244 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FP353 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 14/05/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 6.5	PARES	2.000,00	$ 1.825,74	$ 3.651.480,00	0,00	19,00
DMG0000010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.0	PARES	650,00	$ 1.825,74	$ 1.186.731,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	4838211,0000	96764,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRODESARROLLO	2,0000	4838211,0000	96764,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
TASA PRODEPORTES	1,5000	4838211,0000	72573,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	4838211,0000	145146,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	4838211,0000	48382,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO CULTURA	0,5000	4838211,0000	24191,0000

DETALLE

CTO 123 DEL 2026

SUBTOTAL:	$ 4.838.211,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 919.260,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 137.889,00
RETE ICA:	$ 0,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 483.820,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 5.135.762,00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Pdo: Alicia J. 26/05/2026 2:49 p.m.

COMPROBANTE ENTRADA

U CREACION: 589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA **U CONFIRMA:**589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP353
Fecha Emisión	14/05/2026 11:05:51
Fecha Vencimiento	12/06/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	14/05/2026 11:05:53

Autorización facturación electrónica No. 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600.

Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popayán, Cauca, Colombia
Teléfono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de pago:	12/06/2026
Total de Lineas	2

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio Ud.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 6.5 CAJA*50 PARES Lote: 251105;Fecha vencimiento:2030-10-31; Registro invima: 2020DM-0021874; Marca: Medispo	BX	40,00 2000	$91.287,00 1.825,74	IVA	19%	693781	0,00	$3.651.480,00
2	SG-0010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.0 CAJA*50 PARES Lote: 251105 Fecha vencimiento: 2030-10-30Registro invima: 2020DM-0021874Marca: Medispo	BX	13,00 650	$91.287,00 1.825,74	IVA	19%	225479	0,00	$1.186.731,00

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe
01 IVA	$4.838.211,00	19,00%	$919.260,00

Subtotal:	$4.838.211,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$919.260,00
Total:	$5.757.471,00

Son:	(cinco millones setecientos cincuenta y siete mil cuatrocientos setenta y un pesos)
CUFE:	fb08d79412c80c3675411211e9ae54c70d6397e51f54cbdaab0f567647a35bcab6e6e34e237b8fd5157d5361350e54dd

Firma Digital: YuUyKdGKpcjtgucmqgIsxwGHE8CKmO3MmJHTtvgZm8FOowNqLiUbBCqt36bJvzFw
qp3x4SS4ib8LDZYEmyfORrVE2xsmuMDPn6EGh84cuar+SpQ6lb
+SbjC4wQP3pW2/ Aa+2iGe1+GxXlnpWM5o8AIV7Xg7AK+hU5VIDp21IwZnFuL8LVBJ7QszoVgrRrOLo hy4OgifBYGKa0obdxUdfG48vo5ys4rFUF9i
L2ewflx1Qj5i8Kwd8qygvvY26gqhK iCK4xU9eWFzliHaQvtgaPX0Ac1grK4rkO/EE4DRSaoRGLrOHYBwnZvR8mopUI+RZ gEx4x7SPiL979pbVYk7e
WA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
454	14	5	2026

SLV-FAR-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS

Factura Nº: FP353

HORA: 11:42 A.M.

Factura Vigente hasta: 12/6/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA No 6.5	CAJA POR 50 PARES	2020DM-0021874	MEDISPO	251105	1619	31/10/2030	2.000	2000	50	C	C	C	C
2	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA No 8.0	CAJA POR 50 PARES	2020DM-0021874	MEDISPO	251105	1618	30/10/2030	650	650	32	C	C	C	C

OBSERVACIONES:

Verificado por:

Firika Guamanga
Firma
Regente encargado de recepcion

Astrid A
Firma
Quimico Farmaceutico

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	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS	CLL 2N BIS 11A-34	8329561	udsuministros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79611367	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.886.500	

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	812.500	0		0		0	0	0	0	812.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.040.000	0	0	0	0	0	0		1.040.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	34.000				34.000	0	0	34.000			340	34.000	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	812.500	812.500
Pensión	1	1.040.000	1.040.000
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.886.500	1.886.500

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	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS		CLL 2N BIS 11A-34	8329561	udsuministros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CAUCA	POPAYÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79611367	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.886.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10548679	BOLAÑOS ARCOS HERMES	57	0			N																	25-14	6,500,000	30	1,040,000	0	0	0	0	EPS005	6,500,000	30	812,500	14-23	6,500,000	30	1	34,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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