DATOS DEL INFORME				
Fecha de presentación: 03 DE Junio DE 2026	**Nombre del Contratista: Maira Manuela Landinez Suarez**			**No. Contrato: 038-ARC-DISAN-2026**
Periodo del informe: Junio	**DESDE EL: 01 DE JUNIO DEL 2026**		**Hasta el: 03 DE JUNIO DEL 2026**	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL EN EL APOYO A LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA LA DIRECCIÒN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL"				
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	29 DE ENERO DE 2026.			
Fecha de Iniciación- Inicio	29 DE ENERO DE 2026.			
Plazo del contrato	OCHO (8) MESES			
Fecha de Terminación	30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A			
Valor Inicial del contrato	DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($ 16.640.000,00, M/CTE)			
No. CDP y FECHA: 5926 DEL 14 DE ENERO DE 2026	**VALOR:** ($ 16.640.000,00, M/CTE	**No. CRP y FECHA: 6726 DEL 29 DE ENERO 2026**	**VALOR:** ($ 16.640.000,00, M/CTE	
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**N/A**			
No. CDP y FECHA:	**VALOR: N/A**	**No. CRP y FECHA: N/A**	**VALOR: N/A**	

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza 560-47-994000197552 Anexo No. 0		**Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	01/02/2026	01/02/2027	$1.664.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/02/2026	01/02/2027	$1.664.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza Anexo No. 1		**Aseguradora:**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	**N/A**	
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	**03 JUNIO DE 2026**	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$16.432.000,00

	Valor total tramitado para pago	$ 208.000,00
	Saldo del contrato	$ 8.112.000
	Porcentaje de Ejecución:	(51,15%)

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 89197533	**Entidad:** COMPENSAR **Fecha de pago:** 03/06/2026 **Valor:** $ 21.900
No. de Planilla de Pensión: 89197533	**Entidad:** PORVENIR **Fecha de pago:** 03/06/2026 **Valor:** $ 28.100
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 89197533	**Entidad:** POSITIVA **Fecha de pago:** 03/06/2026 **Valor:** $ 1.000

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	AMEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Apoyar en la verificación permanente a los expedientes del personal militar de oficiales y suboficiales en servicio activo y en retiro que inician y tienen proceso médico laboral con la Institución, llevando control del manejo de los archivos. Así mismo trascribir los conceptos médicos, acta de Comité de Sesión y Análisis Laboral y demás soportes médico - administrativos en cada proceso médico laboral en los sistemas de información que se manejan en la SUBME.			**x**		. La contratista cumplió con el desarrollo de la obligación en el periodo correspondiente. Actividades detalladas en el informe de la CPS
2	Apoyar la apertura e inicio de los procesos médico laborales del personal militar de Oficiales, Suboficiales, en servicio activo y retirados que lo requiera, así como la coordinación de los servicios en los Dispensarios Médicos o Establecimientos de sanidad Militar de EJC, ARC y FAC, de igual manera la creación de los procesos en Dinámica Gerencial y la apertura del expediente en físico. (En promedio mínimo al día el inicio de 10 procesos).			**x**		La contratista cumplió con el desarrollo de la obligación en el periodo correspondiente. Actividades detalladas en el informe de la CPS
3	Apoyar en la búsqueda activa de casos médico laborales del personal militar de Oficiales, Suboficiales en servicio activo con conceptos médicos ya terminados, con miras a pasar a revisión al área médica, para mencionada actividad se apoyará en la base de datos de expedientes de EXCEL, la carpeta del expediente y el sistema DINAMICA.					Esta actividad no fue requerida o asignada durante el periodo ejecutado

4	Apoyar en la coordinación ante la Dirección General de Sanidad Militar para la actividad de los servicios médicos del personal con proceso medico laboral en curso					Esta actividad no fue requerida o asignada durante el periodo ejecutado
5	Registrar en el aplicativo Dinámica Fichas procesos de Aptitud Psicofísica persona militar en servicio activo. (En promedio mínimo al día el inicio de 30 procesos)				**x**	La contratista cumplió con el desarrollo de la obligación en el periodo correspondiente. Actividades detalladas en el informe de la CPS
6	Las demás actividades requeridas o designadas por la Subdirección de Medicina Laboral, propias de los procesos y gestión de documental.			**x**		La contratista cumplió con el desarrollo de la obligación en el periodo correspondiente. Actividades detalladas en el informe de la CPS

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**El Supervisor certifica que las actividades asignadas al contratista fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato. En cuanto a las obligaciones Nos 3,4 , no fueron asignadas durante este periodo.** Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan comprobantes de Pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/06/2026	**HASTA EL**	03/06/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	DOSCIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$** $ 208.000,00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: S1 MORA CASAS JOSE ELISEO	
CARGO: Gestor Proceso Aptitud Psicofísica	S1 MORA JOSE. **FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	**1. Solicitud de pago.** **2. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales) del mes de enero 2026.** **3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** **4. Formato certificación trabajadores independientes.** **5. Formato declaración juramentada.** **6. Certificación de afiliación.**

	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 14.0	**Fecha: 04/05/2026**	**Página: 1 de 1**

CONTRATOS DE SERVICIOS MÉDICOS

IPS: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
2	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
3	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
4	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	POLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
14	ORDEN DE PAGO (FIRMADA POR TESORERO Y ORDENADOR DEL GASTO)	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)

CONTRATISTA: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	PÓLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS

CONTRATISTA: Maira Manuela Landinez Suarez **No. CTO: 038- ARC- DISAN-2026**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
15	CERTIFICADO DE AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL)	
16	DECLARACION JURAMENTADA Y SOPORTES	

OBSERVACIONES:

S1 José Eloseo Mora Casas

S1 MORA JOSE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.

ENTIDAD: **No. FACTURA:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO VIÁTICOS

FUNCIONARIO: **No. CÉDULA:**

No. RESOLUCIÓN:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD _____ **No. FACTURA:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

Bogotá D.C, 03-06-2026

Señor:
S1 MORA CASAS JOSE ELISEO
Gestor Proceso Aptitud Psicofísica
Supervisor Contrato No. 038-ARC-DISAN-2026
Bogotá

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 038-ARC-DISAN-2026.

Nombre del contratista Maira Manuela Landinez Suarez, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el primero (1) al treinta (3) de junio de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. **038-ARC-DISAN-2026** del 01 DE FEBRERO de 2026, cuyo objeto contractual es: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL PARA APOYAR LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA LA DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 05

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Apoyar en la verificación permanente a los expedientes del personal militar de oficiales y suboficiales en servicio activo y en retiro que inician y tienen proceso médico laboral con la Institución, llevando control del manejo de los archivos. Así mismo trascribir los conceptos médicos, acta de Comité de Sesión y Análisis Laboral y demás soportes médico - administrativos en cada proceso médico laboral en los sistemas de información que se manejan en la SUBME.	Se apoyó en la revisión de expedientes de personal militar activo, y se realizó la digitalización a la aplicativa dinámica gerencial de tres (3) actas, juntas médicas y transcripción de conceptos médicos
2.	Apoyar la apertura e inicio de los procesos médico laborales del personal militar de Oficiales, Suboficiales, en servicio activo y retirados que lo requiera, así como la coordinación de los servicios en los Dispensarios Médicos o Establecimientos de sanidad Militar de EJC, ARC y FAC, de igual manera la creación de los procesos en Dinámica Gerencial y la apertura del expediente en físico. (En promedio mínimo al día el inicio de 10 procesos).	Se apoyó en la apertura de inicio de procesos médicos laborales y se realizó la digitalización al aplicativo dinámica gerencial de dos (2) actas apertura de proceso
3.	Apoyar en la búsqueda activa de casos médico laborales del personal militar de Oficiales, Suboficiales en servicio activo con conceptos médicos ya terminados, con miras a pasar a revisión al área médica, para mencionada actividad se apoyará en la base de datos de expedientes de EXCEL, la carpeta del expediente y el sistema DINAMICA.	Esta actividad no fue requerida o asignada durante el periodo ejecutado.

4.	Apoyar en la coordinación ante la Dirección General de Sanidad Militar para la actividad de los servicios médicos del personal con proceso medico laboral en curso	Esta actividad no fue requerida o asignada durante el periodo ejecutado
5.	Registrar en el aplicativo Dinámica Fichas procesos de Aptitud Psicofísica persona militar en servicio activo. (En promedio mínimo al día el inicio de 30 procesos)	Se apoyó en la digitación y escaneo de FMO medicas de proceso de Ascenso de suboficiales. se realizó la apertura de carpeta digital con treinta (30) Fichas
6.	Las demás actividades requeridas o designadas por la Subdirección de Medicina Laboral, propias de los procesos y gestión de documental.	Se apoyó en la apertura de comisión al exterior, laborales y se realizó la digitalización a la aplicativa dinámica gerencial de una (1) fichas y oficios.

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 89197533 correspondiente al mes de junio de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 038-ARC-DISAN-2026.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 005	**03/06/2026**	**DOSCIENTOS OCHO MIL PESOS ($208.000,00).**	**Servicios prestados desde el 1 al 3 de junio del 2026, en desarrollo del contrato No. 038-ARC-DISAN-2026**	**SIMPLIFICADO**	**1000363469-9**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 025447780 del banco Bogotá.

Atentamente,

Maira Manuela Landinez S.

Maira Manuela Landinez Suarez
1.000.363.469
038-ARC-DISAN-2026.

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	1000363469	MAIRA MANUELA LANDINEZ SUAREZ	Carrera 18i#69-24	3105898145	mairalandinezs@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
		89197533	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$51.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	21.900	0		0		0	0	0	0	21.900	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	28.100	0	0	0	0	0	0		28.100	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	1.000				1.000	0	0	1.000			10	1.000	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	21.900	21.900
Pensión	1	28.100	28.100
Riesgos Laborales	1	1.000	1.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	51.000	51.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000363469	MAIRA MANUELA LANDINEZ SUAREZ	Carrera 18i#69-24	3105898145	mairalandinezs@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
		89197533	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$51.000	

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	Excenuado	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	Dias	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000363469	LANDINEZ SUAREZ MAIRA MANUELA	59	0			N	X																230301	175.091	3	28.100	0	0	0	0	EPS008	175.091	3	21.900	14-23	175.091	3	1	1.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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