

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05								
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10								
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2								
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	22/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO							
No. de Contrato:	PS-0025-2026			VALOR	60.444.000,00									
Nº de Proceso en el SECOP II / Tienda	SP-GECO-0023-2026													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PUBLICO PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO (AREA DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ZUNILDA COLLAZOS BALEN			NIT/ CC	55.159.930									
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.									
Cuenta Bancaria No.	18667513517	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):											
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO							
2026	118826	9/01/2026	1188	9/01/2026	119526	13/01/2026	JUNIO							
							ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO							
							ALMACEN AL QUE INGRESA							
							VALOR OBLIGACIÓN							
							\$ 5.037.000,00							
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$ 5.037.000,00							
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cinco millones treinta y siete mil pesos m/cte														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)								
2026	60.444.000,00				30.222.000,00	30.222.000,00								
TOTAL CONTRATO		\$ 60.444.000,00	\$ -	\$ -	\$ 30.222.000,00	\$ 30.222.000,00								
Nombre del Supervisor SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO														
Fecha de notificación: 01-01-2026														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION									
		1/01/2026			31/12/2026									
Vigencia del Contrato:		vigencia igual al plazo de ejecución y doce (12) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 22/06/2026 y riesgos profesionales 22/06/2026 Planilla N°92844251-- correspondiente al mes de Mayo efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades. NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia e almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES						
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):														
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
Entidad		Nº Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
FORMATO		INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							CODIGO:	VERSIÓN	10			
									Página:	2 DE 2				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO														
NÚMERO DE CEDULA: 63.435.664														
CELULAR : 3002156574														
CORREO: sgaleano@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS					SI	Nº FOLIOS								
Informe de Actividades con sus soportes						2								
Acta de supervisión y/o Factura						2								
Pago de Seguridad Social						1								

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION		VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					

Fecha:	22/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	PS-0025-2026	VALOR	60.444.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0023-2026		

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PUBLICO PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO (AREA DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
--------	---	--	--

Nombre de Contratista	ZUNILDA COLLAZOS BALLEZ	NIT/ CC	55.159.930
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.

Cuenta Bancaria No.	18667513517	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-------------	--------	-------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):
------------------------------------	--------------------------	---

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/D SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	118826	9/01/2026	1188	9/01/2026	119526	13/01/2026	JUNIO				\$ 5.037.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 5.037.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cinco millones treinta y siete mil pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	60.444.000,00			30.222.000,00	30.222.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 60.444.000,00	\$ -	\$ -	\$ 30.222.000,00	\$ 30.222.000,00

Nombre del Supervisor SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO	Fecha de notificación: 01-01-2026
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/01/2026	31/12/2026
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y doce (12) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 22/06/2026 y riesgos profesionales 22/06/2026 Planilla N°92844251- correspondiente al mes de Mayo efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro reacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia s almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL										
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10	
							Página:	2 DE 2		

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO

NÚMERO DE CEDULA: 63,435,664

CELULAR : 3002156574

CORREO: sgaleano@hgmil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		2
Acta de supervisión y/o Factura		2
Pago de Seguridad Social		1

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ACTIVIDADES	PERSONAL	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-08
	CONTRATISTA (OPS)	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 20-02-2026
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 8

Contrato No.	SP-025 - 2026		
Nombre del contratista	ZUNILDA COLLAZOS BALLEEN		
Nombre del supervisor	SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO		
Unidad	UNIDAD TALENTO HUMANO -		
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PUBLICO PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO (AREA DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Fecha de inicio	13/01/2026	Fecha de terminación del contrato	31/12/2026
Periodo Objeto del Informe	INFORME JUNIO		

OBLIGACIONES			
Obligación Contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del supervisor
1.Verificar en los diferentes cobros de Cuotas Partes Pensionales, que la información entregada por las Entidades cuota partistas y la liquidación se encuentre de manera correcta.	N/A		
2. Verificar la pre liquidación y la liquidación de las cuotas partes pensionales por pagar.	N/A		
3. Solicitar los expedientes y revisar los datos personales de la población objeto de la liquidación, con el fin de verificar la idoneidad de los dichos datos en las cuentas de cobro que se serán y proceder al proceso	N/A		

de liquidación del pago.			
4.Realizar y entregar la liquidación con todos sus anexos y soportes de las cuotas partes pensionales, y demás obligaciones pensionales, conforme lo requiera el supervisor del contrato.	N/A		
5.Elaborar las Resoluciones de reconocimiento de Cuotas Partes Pensionales, con su respectivo CDP de SIIF nación y realizar la entrega de las mismas junto con los soportes al área de Presupuesto para el correspondiente tramite de pago	N/A		
6.Responder en forma escrita y presencial (si es necesario) a las consultas que el Hospital Militar Central formule, previa solicitud del profesional de defensa a cargo del área de nómina y prestaciones sociales, para la aclaración de dudas, recolección de información o cualquier requerimiento derivado respecto a los resultados objeto del contrato.	N/A		
7.Generar la indexación a los			

	3. Liquidación formato exigido por COLPENSIONES, dando cumplimiento a lo ordenado en sentencia del Tribunal Administrativo de Cundinamarca sección Segunda Subsección "C", del demandante ADELMO ARDILLA VILLALOBOS, CC.19.283.281 ,proceso 110013335-022-2023-00450-01, Solicitando liquidación de aportes tomando como base el reajuste de recargos nocturnos, recargos dominicales y/o festivos. 4. Liquidación para COLPENSIONES Demandante MAYERLIE LOPEZ ZAMBRANO, expediente 2019-00138-01, Solicitando liquidación de aportes tomando como base el reajuste de recargos nocturnos, recargos dominicales y/o festivos. 5. Liquidación para COLPENSIONES Solicitud liquidación de aportes pago seguridad social pensión en cumplimiento de sentencia judicial, expediente No. 11001-3335-5021-2019-00143-01 - ZORAIDA MARTÍNEZ HERRERA - C.C. 52.558.143. solicitando la liquidación de aportes, tomando como base los reajustes recargos nocturnos, recargos dominicales y/o festivos. 6. Liquidación para COLPENSIONES, Demandante MARTHA YANETH PEÑUELA CLAVIJO, expediente 11001333502220190017301, Solicitando la liquidación de aportes con reajuste recargos		
--	---	--	--

FORMATO	ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS)	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-08	VERSIÓN	02
		Página:	5 de 2		

	nocturnos, recargos dominicales y/o festivos. 7. Liquidación para COLPENSIONES Demandante Ana Libia Pérez Pardo C.C. 39.711.086, contra Hospital Militar Central. Solicitud liquidación de aportes tomando como base el reajuste recargos nocturnos, recargos dominicales y/o Solicitud liquidación de aportes pago Seguridad Social cumplimiento sentencia judicial expediente No. 11001-33-35-015-2022-00417-01, festivos. 8. Liquidación para COLPENSIONES Demandante GRACIELA RODRIGUEZ CRUZ, CC.51.690.157 Solicitud liquidación aportes tomando como base el reajuste recargos nocturnos, recargos dominicales y/o festivos. 9.Liquidación para reiteración a COLPENSIONS, de la demandante NUBIA DEL PILAR ARIAS, CC.51.657.533, el cual se envió comunicación mediante ID Id: 470192, DE FECHA 18/03/2026, En atención al fallo de segunda instancia proferido por el TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA, SECCIÓN SEGUNDA, SUBSECCIÓN "F".		
	10.Realizar el tramite de alimentación cuadro de sentencias con las nuevas solicitudes, impresión de sentencias, control y		

	radicación de los oficios de COLPENESIONES, mes de junio de 2026.		
9. Apoyar y/o realizar el proceso de liquidación de prestaciones sociales.	N/A		
10.Realizar la Liquidación y revisión de los pagos a la seguridad social y parafiscales.	N/A		
11.Presentar oportunamente los informes que le sean requeridos por el Jefe de la Unidad de Talento Humano y/o Profesional del área de Nómina y Prestaciones Sociales.	N/A		
12. Entregar la totalidad del objeto del contrato en los términos contenidos en el Estudio Previo de conveniencia y oportunidad.	N/A		
13. Realizar asesoría y apoyar al personal asistencial auxiliar y técnico que gestiona los procesos y procedimientos del área de nómina y prestaciones sociales.	N/A		
14. Participar en las reuniones de trabajo realizadas por el área de Talento Humano y área de nómina y prestaciones sociales convocadas internamente o por entidades del Sector Defensa.	N/A		

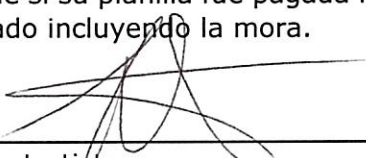
FORMATO	ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS)	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-08	VERSIÓN	02
		Página:	7 de 2		

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones contractuales

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL: En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop II, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo.

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES JUNIO
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	05-202
	Fecha de pago	22-06-202
	Nº de Planilla	9284425
	Ingreso Base de Cotización	\$2.014.80
	Valor cotizado	\$254.30
	EPS	EPS SANITA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	05-202
	Fecha de pago	22-06-202
	Nº de Planilla	9284425
	Ingreso Base de Cotización	\$2.014.80
	Valor cotizado	\$325.50
	Fondo de Pensiones	PENSION PROTECCIO
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	05-202
	Fecha de pago	22-06-202
	Nº de Planilla	9284425
	Ingreso Base de Cotización	\$2.014.80
	Valor cotizado	10.80
	A.R.L.	Entidad ARL POSITIV
VALOR TOTAL PAGADO		590.60

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.


 Firma del Contratista
 Nombre: ZUNILDA COLLAZOS BALLEEN
 C.C. No. 55.159.930
 Correo electrónico: zucoba70@gmail.com
 Teléfono de contacto: 3115234343


 Doctora Sandra Patricia Galeano Camacho
 Vo Bo: Supervisor del Contrato
 C.C. No: 63.435.664
 Correo: sgaleano@homil.gov.
 Teléfono: 3002156574

FORMATO	ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS)	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-08	VERSIÓN	02
		Página:	8 de 2		

DATOS DEL APORTANTE					
NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
55159930	ZUNILDA COLLAZOS BALEN		CARRERA 31 28 29	3008270	zucoba70@hotmail.com
ASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	código	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92844251	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$590.600	

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	55159930	ZUNILDA COLLAZOS BALEN	CARRERA 31 2B 29	3008270	zucoba70@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / 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	
		92844251	22/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-05	I	\$0	\$590.600		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	251.900

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230201	Protección (RNG + Protección)	800229739-0	322.400

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	No. Radicado
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	10.800	13	10.800	10.800	10.800	13	10.800

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23			10.800				10.800	13	200	10.800			108	10.800	1
	Positiva Seguros	860011153-6	10.800												

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARA FISCIALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	13	0	0
0	13	0	0

TOTALES PARA FISCIALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	13	0	0
0	13	0	0