2026 07 17 1,243,750

AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO

UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA

CRS-153

Sistemas CitiSalud SAS

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

**COMPROBANTE DE EGRESO NO: 37231**

**Beneficiario:** 1010126871 - AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO

**Cuenta bancaria beneficiario:** 4015151

**DETALLE DE LA CAUSACION**

| Num Doc | Descripción | Prefijo | Fecha | ValorTotal |
|---|---|---|---|---|
| 41090 | SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/18 MAYO 2026 | MAYO - 5 | 17/07/2026 00:00:00 | 1,250,000 |
| | | | **Total:** | **1,250,000** |

**DETALLE RETENCIONES**

| Concepto | DesConcepto | Base Retención | % | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | 1250000 | | 6,250 |
| | | | **Total:** | **6,250** |

**DETALLE CONTABILIDAD**

| Cuenta | Descripción | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|
| 11100653 | DAVIVIENDA CTA 4759-0010-6539 EBS RESOL 1010 | 0 | 1,243,750 |
| 24905501 | SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | 1,243,750 | 0 |
| | **Total:** | **1,243,750** | **1,243,750** |

**DETALLE PRESUPUESTO**

| Giro | Compromiso | Contrato | CRP | CDP | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 918 | 1099 | 153 | 216 | 169 | 2.4.5.02.09.04 | CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS | 1,250,000 |
| | | | | | | **Total:** | **1,250,000** |

**DETALLE DEL EGRESO**

PAGO SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/18 MAYO 2026

**Preparado**

**Revisado**

**Aprobado**

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
TESORERÍA
EL COLEGIO-CUND.

**Tesorería**

REGION DE SALUD CENTRO

**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

| | |
|---|---|
| **N° DEL CONTRATO** | 153 |
| **CONTRATISTA** | JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ |
| **IDENTIFICACION:** | 1010.126.871 |
| **FECHA DE SUSCRIPCION:** | 3/03/2026 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE EL COLEGIO- CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCION 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025. |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 6.250.000 |
| **PLAZO INICIAL:** | DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DIAS |
| **FECHA DE INICIO:** | 4/03/2026 |
| **FECHA DE TERMINACION INICIAL:** | 18/05/2026 |
| **TIEMPO DE PRORROGA** | |
| **ADICION EN VALOR** | |
| **FECHA TERMINACION:** | |

| | |
|---|---|
| **MES PAGADO** | |
| ABRIL | 14-may-26 |

| | |
|---|---|
| **Certificación de pago seguridad social y parafiscales** | **FECHA DE CERTIFICACION:** |

El coordonadinar del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de
ABRIL 21-18 MAYO

|Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondientea pagar es de UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS $ ( 1,250,000 )

Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios ) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.

| | |
|---|---|
| Informe de pago | SI |
| Planilla de Seguridad Social | SI |
| Factura -Cuenta de cobro | SI |

Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de JULIO 2026

**DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA**
**SUPERVISOR**

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO**
**Dir: - Tel: 8475026**
**Nit: 860020094**

**ORDENES DE PAGO: 41090**

**Tercero:** 1010126871 - 8 - AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO

**Autorretenedor:** NO
**Contribuyente:** NO
**I.C.A:** ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL

**Factura:** 5
**Prefijo:** MAYO
**Fecha Factura:** 17/07/2026
**Fecha Vence:** 17/08/2026

**Regimen:** Comun
**No. Contrato:** 153
**Fecha:** 17/07/2026

**Descripción:** SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/18 MAYO 2026

**Valor en Letras:** UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

**CONCEPTOS**

| TTercero | DesTTercero | Concept | Descripción CXP | Iva | Descripción IVA | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | | | 6,250 |
| | | 582 | 73130201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - PYP | | | 1,250,000 |
| 65 | 24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS | | | | | 1,243,750 |

**DETALLE CONTABLE**

| Cuenta | DesCuenta | Lugar | UFuncional | CCostos | Nit | Debito | Credito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 73130201 | REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS | 01 | 01 | 010101 | 1010126871 | 1,250,000 | 0 |
| 24362707 | RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil | | | | 1010126871 | 0 | 6,250 |
| 24905501 | SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | | | | 1010126871 | 0 | 1,243,750 |
| | | | | | **Total:** | **1,250,000** | **1,250,000** |

**Cancelado:** 0
**Saldo Actual:** 1,243,750

**DETALLE PRESUPUESTAL**

| Disponibilidad | Registro | Obligacion | Lugar | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 99 - 169 | 91 - 216 | 83 - 1099 | 01 | 2.4.5.02.09.04 | CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS | 1,250,000 |
| | | | | | **Total:** | **1,250,000** |

**Elaboró:**

**Presupuesto**

**Contador**

**Gerente**

**CUENTA DE COBRO No. 03**
**LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
**EL COLEGIO CUNDINAMARCA**

**DEBE A:**

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ
**C.C. 1.010.126.871 DE LA MESA**

**LA SUMA DE: UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/C**
**($ 1.250.000)**

Según objeto del contrato PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE EL COLEGIO-CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCION 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025

| LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD | UNIDAD FUNCIONAL | CENTRO DE COSTOS | % | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E EL COLEGIO | AMBULATORIOS-EXTRAMURALES | SERVICIOS AMBULATORIOS-EXTRAMURALES - EBS | 100% | $ 1.250.000 |
| | | TOTAL | 100% | $1.250.000 |

| CONTRATO N° | N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | N° PRESUPUESTAL REGISTRO |
|---|---|---|
| 153 | 169 | 216 |

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

Juan Camilo Aroca Gonzalez

**JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ**
**C.C. 1.010.126.871 LA MESA**
**CEL. 3002246302**

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

**INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**INFORMACIÓN BÁSICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PERIODO DEL INFORME | 21 Abril AL 18 Mayo | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. | 153-2026 |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ | C.C. No. | 1.010.126.871 |
| OBJETO: | PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE EL COLEGIO- CUNDINAMARCA, EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCION 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025. | | |
| Informe No: | 03 | Fecha: | JULIO DE 2026 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iniciación: | 04/04/2026 | Plazo Inicial: | 2 mes y 15 Días. | Prorroga: | | Fecha Final | |
| Finalización: | 18/05/2026 | | | | | | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO**

| No. DISPONIBILIDAD. | VALOR | No REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|---|
| 169 | $ 6.250.000 | 216 | $ 6.250.000 |

**ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor total Del Contrato | $ 6.250.000 | Valor Cobrado: | $ 1.250.000 |
| | | Valor Giros Efectuados | $ 5.000.000 |

**ADICIÓN PRORROGA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Inicio: | | Fecha de Terminación | |
| Valor Adición: | | | |
| % Ejecución del contrato | 100% | %Ejecución Financiera | 80% |

| ACTIVIDADES | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Brindar una atención en salud humanizada, centrada en la persona y su dignidad, garantizando un trato amable, respetuoso y libre de estigmas o discriminación hacia el usuario y su familia. Esta actividad implica el uso de un lenguaje claro y comprensible (comunicación asertiva), el respeto por la autonomía y la privacidad del paciente, la escucha activa de sus necesidades y la implementación de acciones que aseguren la confidencialidad de la información y el confort durante la atención en el entorno hogar. | X | |
| 2 | Representar dignamente a la E.S.E. Hospital nuestra señora del Carmen de El Colegio, en todos los escenarios territoriales, actuando como enlace oficial entre la institución y la comunidad. Esta labor debe ejercerse bajo los principios de calidad técnica y calidez humana, manteniendo una conducta ética, el uso adecuado del uniforme y los distintivos institucionales, promoviendo una imagen de confianza, transparencia y compromiso social. | X | |
| 3 | Participar activamente en la elaboración del mapeo y la cartografía social de los micros territorios asignados en conjunto con el equipo interdisciplinario, integrando el análisis de los determinantes sociales y riesgos epidemiológicos para la toma de decisiones en salud y la priorización de las intervenciones del EBS. | X | |
| 4 | Realizar visitas domiciliarias de carácter integral en los micro territorios asignados del área rural de El Colegio, con el fin de ejecutar la caracterización efectiva al 100% de familias, actualización de datos y seguimiento nominal de todos los integrantes del núcleo familiar, aplicando los instrumentos técnicos definidos por el Ministerio de Salud para establecer el nivel de riesgo (individual, familiar y comunitario) y garantizar su canalización efectiva a las Rutas Integrales de Atención en Salud(RIAS). | X | |
| 5 | Realizar la canalización efectiva y el seguimiento nominal de los integrantes de las familias caracterizadas que presenten riesgos en salud o inasistencia a las Rutas Integrales de Atención (RIAS), garantizando su vinculación a los servicios de salud, y el cierre de brechas de atención en el micro territorio asignado. | X | |
| 6 | Remitir las canalizaciones que se generen desde el micro territorio asignado de manera diaria al gestor comunitario en casos de otro nivel de atención en salud y/o sociales | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud de manera individual y familiar, orientadas al fortalecimiento de capacidades de autocuidado, identificación de signos de alarma (especialmente en gestantes y menores de 5 años) y fomento de estilos de vida saludables, de acuerdo con los hallazgos de riesgo identificados en la caracterización y los lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) | X | |
| 8 | Realizar la canalización efectiva y el seguimiento nominal de las personas en los cursos de vida juventud, adultez y vejez que, tras el tamizaje (Tensión Arterial, Findris o Framingham), presenten riesgo cardiovascular moderado o alto, asegurando su ingreso formal al programa de Gestión del Riesgo. | X | |
| 9 | Identificar y canalizar de manera efectiva a las mujeres mayores de 25 años residentes en el micro territorio asignado, para la realización de las pruebas de tamización de Cáncer de Cuello Uterino (Citología vaginal o ADNVPH según el esquema de edad de la Resolución 3280), realizando el seguimiento nominal hasta garantizar la toma del examen | X | |
| 10 | Identificar, canalizar y educar de manera efectiva a las mujeres mayores de 50 años en el micro territorio asignado para la realización de la Mamografía de tamización (cada 2 años), y realizar educación en el autoexamen de mama y examen clínico de mama a partir de los 40 años, garantizando el acceso a los servicios. | X | |
| 11 | Realizar la captación y canalización efectiva de **hombres y mujeres entre los 50 y 75 años** para la tamización de cáncer de colon y recto mediante la prueba de sangre oculta en materia fecal (SOHi), brindando la educación necesaria sobre la recolección de la muestra y garantizando su entrega en el laboratorio. | X | |
| 12 | Identificar y canalizar de manera efectiva a la población masculina mayor de 50 años residente en el micro territorio para la tamización de Cáncer de Próstata (Antígeno Prostático PSA y Tacto Rectal). | X | |
| 13 | Identificar y reportar de manera oportuna las situaciones de interés en salud pública, garantizando la articulación con la red de vigilancia comunitaria para el fortalecimiento de la detección temprana, el análisis de riesgo y el seguimiento de los eventos que puedan afectar la salud de la población. | X | |
| 14 | Identificar a la población en general, según grupo etario, y canalizar efectivamente a los servicios de vacunación para el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones y | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | complementario, que incluya seguimiento y verificación a la aplicación de esquemas de vacunación completos | | |
| 15 | Realizar caracterización, canalización, gestión y seguimiento al 100% de las personas gestantes y puérperas presentes en el micro territorio asignado. | X | |
| 16 | Realizar caracterización, en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario a la población del micro territorio asignado de infancia y primera infancia, realizando canalización y seguimiento de acuerdo al riesgo identificado. (desde el primer día de nacido hasta los 11 años 11meses y 29 días). | X | |
| 17 | Identificar y canalizar de manera efectiva a mujeres en edad fértil (MEF) hacia los programas de Planificación Familiar y Consulta Preconcepcional, asegurando la preparación óptima para la gestación, con el fin de reducir la mortalidad materna y perinatal. | X | |
| 18 | Identificar y canalizar de manera efectiva a la población adolescente (12 a 17 años) y joven (18 a 28 años) del micro territorio asignado, hacia las Atenciones Integrales de Salud según la Resolución 3280 de 2018, garantizando la aplicación de tamizajes obligatorios y la orientación en salud sexual,salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas | X | |
| 19 | Apoyar de manera oportuna las acciones de búsqueda activa comunitaria, institucional o de cercos epidemiológicos ante la presencia de brotes, conglomerados o eventos de interés en salud pública que se presenten en el Municipio de El Colegio, siguiendo los lineamientos de la oficina de vigilancia epidemiológica de la E.S.E. para el control de la transmisión y mitigación de riesgos. | X | |
| 20 | Realizar la búsqueda activa y canalización efectiva de Sintomáticos Respiratorios (SR) a través de la aplicación de encuestas de detección en los hogares, con especial énfasis en los contactos de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis (especialmente menores de 5 años) y población vulnerable. | X | |
| 21 | Ejecutar las obligaciones contractuales con autonomía técnica y administrativa, bajo los lineamientos de la Resolución 1010 de 2025, adaptando la programación de las intervenciones a la disponibilidad de la población rural de El Colegio. Para asegurar la captación efectiva, el cumplimiento de las metas de caracterización y los tamizajes, el contratista organizará su cronograma de actividades de manera flexible y concertada, garantizando la cobertura al 100% de los micro territorios y la resolutividad de las acciones, bajo la coordinación del supervisor del contrato. | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22 | Presentar reportes semanales de avance, consolidando el estado de cumplimiento de las metas nominales y los hallazgos críticos del micro territorio. Este reporte servirá como instrumento de monitoreo para la toma de decisiones oportunas, la gestión de alertas tempranas en salud y la optimización de la intervención del Equipo Básico de Salud. | X | |
| 23 | **Garantizar la custodia, el cuidado técnico y el uso racional de los equipos biomédicos**, dispositivos, insumos y papelería institucional asignados para el desarrollo de las actividades en el micro territorio. El contratista es responsable de asegurar que los elementos bajo su cuidado se mantengan en óptimas condiciones, reportando de manera inmediata cualquier novedad a la supervisión. | X | |
| 24 | Participar en las jornadas de salud y estrategias extramurales programadas, realizando la demanda inducida efectiva mediante la captación casa a casa o en puntos de concentración, asegurando el flujo de usuarios hacia los servicios de vacunación, medicina, psicología y enfermería. Así mismo, deber liderar y desarrollar acciones de **educación para la salud** durante el evento, utilizando material pedagógico para orientar a los asistentes en la identificación de riesgos y el fomento de estilos de vida saludables, garantizando el registro oportuno de estas intervenciones. | X | |

| PRODUCTOS ESPERADOS | PROGRAMADOS | REALIZADOS |
|---|---|---|
| Se dio cumplimiento a 24 actividades específicas descritas en el contrato. | 24 | 24 |

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

| OBSERVACIONES GENERALES | |
|---|---|
| Fecha Suspensión: | Fecha Reanudación |

Yo **CLAUDIA LILIANA PEDRAZA LARA** en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planillas numero 82846913 del mes de ABRIL Y 89212497 del mes Mayo

**FIRMA COORDINADOR AREA**

V°B° COORDINADOR DE AREA

**18 de Junio del 2026**

**E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio**

NIT: 891.855.624-1

Municipio del Colegio – Cundinamarca

**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES**

El Suscrito, **ANDRES MAURICIO ROJAS RODRIGUEZ**, en calidad de **PROFESIONAL DE ENFERMERIA EBS # 3 URBANO**, de la **E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio** del municipio del colegio – Cundinamarca, certifica que los siguientes integrantes de los equipos básicos en salud han cumplido en su totalidad con las actividades con las actividades contractuales correspondientes a la **entrega # 3** dentro del periodo estipulado del 21 de Abril al 7 de mayo del 2026, alcanzando un 100% de cumplimiento en la ejecución por parte los profesionales, gestor comunitario y un auxiliar de enfermería, en reporte y documentación de las acciones programadas según los lineamientos establecidos.

Dicho cumplimiento incluye, entre otras actividades, caracterización comunitaria, valoraciones integrales en salud, educación individual, familiar y colectiva, canalización a servicios, documentación en plataformas institucionales y articulación con el equipo interdisciplinario, conforme a los objetivos de atención primaria en salud con enfoque territorial.

A continuación, se relacionan los perfiles que cumplieron con este compromiso institucional:

| NOMBRE | NUMERO DE CONTRATO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA PRIMERA ENTREGA |
|---|---|---|
| ANDRES MAURICIO ROJAS R | CPS - 142 - 2026 | 100% |
| ANA MARIA MARTINEZ LARA | CPS - 136 - 2026 | 100% |
| MARWI DANIELA FONTALVO | CPS - 141 - 2026 | 100% |
| ANA MARIA SALCEDO | CPS - 139 - 2026 | 100% |
| DIANA CAROLINA CASTILLO | CPS - 137 - 2026 | 100% |
| JUAN CAMILO AROCA | CPS - 153 - 2026 | 100% |
| CRISTIAN HUMBERTO RUIZ | CPS - 156 - 2026 | 100% |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en el colegio, a los días 18 del mes de Junio de 2026.

Cordialmente,

Andres Rojas R.
Enfermero
C.C. 1072429119

**ANDRES MAURICIO ROJAS RODRIGUEZ**
**C.C. 1072429119**
**ENFERMERO PROFESIONAL EBS 3 URBANO**
E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141232754981

(415)7707212400984(8020) 000014123275498 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1010126871 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Girardot

13. 8

14. Razón electrónica

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 13

26. Número de Identificación: 1010126871

27. Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 169

29. Departamento: Cundinamarca — 25

30. Ciudad/Municipio: La Mesa — 386

31. Primer apellido: AROCA

32. Segundo apellido: GONZALEZ

33. Primer nombre: JUAN

34. Otros nombres: CAMILO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Cundinamarca — 25

40. Ciudad/Municipio: La Mesa — 386

41. Dirección principal: IPM SAN JAVIER SEC EL COLEGIO

42. Correo electrónico: camiloaroca7@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3002246302

45. Teléfono 2:

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 50. Código 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8610 | 2026-01-01 | 8699 | 2019-08-15 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

54. Código:

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [ ] — 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

991. Nombre:

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 29-01-2026 05:59:49PM

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ
**No. Identificación:** CC1010126871
**Dirección:** LA MESA CUNDINAMARCA
**Telefono:** 3002246302
**Correo:** arocacamilo386@gmail.com
**Ciudad:** LA MESA
**Número de Planilla:** 82846913

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ |
| Tipo y número de identificación | CC1010126871 |
| Número de planilla | 82846913 |
| Fecha pago | 2026-05-14 |
| Número de autorización pago | 2221454 |
| Banco | 1083 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Pensión | abril de 2026 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | 748800 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 55400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 363700 | 1 |
| CCF22 | Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar | 45500 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 284200 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010126871
APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 2272875 | 2272875 | 2272875 | 2272875 | 284200 | 0 | 363700 | 0 | 55400 | 45500 |

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 | 1010126971 | JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ | La Mesa cundinamarca | 3002248302 | arocacamilo386@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | CUNDINAMARCA | LA MESA | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 88212497 | 05/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | 1 | $2,150,000 | $708.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 268.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 268.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 344.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 344.000 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 52.400 | | | | 52.400 | 0 | 0 | 52.400 | | | 1624 | 52.400 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 43.000 | 0 | 0 | 43.000 | 1 |

### 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 | 268.800 | 268.800 |
| Pensión | 1 | 344.000 | 344.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 52.400 | 52.400 |
| CCF | 1 | 43.000 | 43.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 708.200 | 708.200 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1010126871 | JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ | La Mesa cundinamarca | 3002246302 | arocacamilo386@gmail.com | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | LA MESA | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 89212497 | 05/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | | $2,150,000 | $708,200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano | Extranjero | Cotiza en otro país | Cotizante Exterior | IGE | TDE | TAE | TDP | TAP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | ISC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo de subsistencia | Cód. EPS | ISC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | ISC ARL | Días | Clase Riesgo | Cotización | Código CCF | ISC CCF | Días | Aporte CCF | ISC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1010126871 | AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO | 69 | 0 | | N | | | | | | 1 | | | | | | | | | 230301 | 2,150,000 | 30 | 344,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2,150,000 | 33 | 258,800 | 14-11 | 2,150,000 | 30 | 1 | 52,400 | CCF22 | 2,150,000 | 33 | 43,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ Identificado con CC 1010126871

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina LA MESA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24096380525 |
| **Fecha de apertura:** | 26 de Agosto de 2019 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 18 de Junio de 2026.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN |
| **Nombre Proceso** | PAGO EBS RESOL 1010 |
| **Fecha Pago** | 17/07/2026 |
| **Hora Pago** | 19:17 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 1010126871 | **Referencia** | 0000000000000000 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX0525 | **Banco** | CAJA SOCIAL |
| **Valor** | $ 1.243.750,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**