INFORME No. 02

CONTRATO:	**411**	**DEL AÑO:**	**2026**
CONTRATISTA:	**CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED**	**C.C. / C.E. /NIT No.:**	**901.055.156-5**
OBJETO:	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		
PERIODO DEL INFORME:	**JUNIO**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 372.000.000,00			$ 372.000.000,00	
	$ 100.923.800,00	MAYO	$ 271.076.200,00	FVCO975
	$ 80.609.000,00	JULIO	$ 190.467.200,00	FVCO996

COMPONENTE TÉCNICO

El contratista dio cumplimiento a las obligaciones pactadas de acuerdo la verificación de ejecución de las actividades:

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a	Durante el mes de JUNIO año 2026 se realizaron 90 horas de consulta externa.	X				Se adjunta: certificación de consulta externa, certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

	interconsultas y participación en junas médicas.						
2	Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos	Durante el mes de JUNIO año 2026 se realizaron 56 BRONCOSCOPIAS	X				Se adjunta: certificación de consulta externa, certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
3	Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora.	Durante el mes de JUNIO año 2026 se realizaron 92 horas.	X				Se adjunta: certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Prestar servicios especializados como especialista en neumología para dar respuestas a interconsultas urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto. Valor paciente $50,072, oo a fin de dar cumplimiento con los tiempos de respuesta	Durante el mes de JUNIO año 2026 no se requirió				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.
5	El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido al supervisor, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando las actividades y desactivación de las plataformas y sistema de información interna del hospital.	Durante el mes de JUNIO año 2026 no se requirió				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

(1). Se cumplió en su totalidad la actividad definida
(2). Se cumplió parcialmente la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes
(3). Fue requerida la actividad, pero no se evidenció su realización en el periodo.
(4). No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 411 DE 2026

HACE CONSTAR:

Que, CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el MES DE JUNIO año 2026.

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL			FACTURA	X	
CUENTA DE COBRO			CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA	X	
INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X	
			INFORME DE ACTIVIDADES	X	

Las actividades reportadas en el informe presentado por el contratista corresponden a las actividades contratadas y se ejecutaron a cabalidad.

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es **OCHENTA MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL PESOS ($ 80.609.000.00)** M/CTE.

Se deja constancia que lo anterior no exime de futuros requerimientos por responsabilidad del orden legal, fiscales, penales etc. derivados de actuaciones en este contrato.

En constancia, se firma para efectos de pago.

ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
SUPERVISOR

SANDRA VERONICA TOVAR ROJAS
COORDINADOR SERVICIO URGENCIAS

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA GESTIÓN AMBULATORIA, QUIRURGICA Y APOYO DIAGNOSTICO

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA
COORDINADOR ATENCIÓN HOSPITALARIA

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspecto financiera
Elaboró: Angelica Ramírez Ramírez – Analista de Cuentas Medicas
C.C. Carpeta del contrato

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES No 2 DEL CONTRATO No. 411 DE 2026

NUMERO DE CONTRATO	411 DE 2026	**DEPENDENCIA**	**(Coordinador Atención Hospitalaria)**
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS - CORESMED	**CEDULA**	901.055.156-5

MES DEL REPORTE	JUNIO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 372.000.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	**$ 100.923.800,00**
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 80.609.000,00
SALDO A EJECUTAR	$ 190.467.200,00

HORAS EJECUTADAS	*182 HORAS - 56 PROCEDIMIENTOS*
OBSERVACIONES:	

VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS ***	**ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)**				**FUENTE DE VERIFICACIÓN**
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	**VALORACION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS-RESPUESTAS DE IC- ASISTENCI A JUNTAS:** Prestar servicios especializados como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas, en una (1) jornada diaria como especialista en neumología de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h. Incluye: Revista médica en hospitalización, apoyo urgencias, respuesta a interconsultas y participación en junas médicas.	Durante el mes de junio 2026 se realizaron 90 horas	x				Historias Clínicas. Certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
2	**NEUMOLOGIA PROCEDIMIENTOS:** Realizar una (1) jornada semanal como especialista en neumología de seis (6) horas Quirúrgicas, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Fibroroncoscopia con lavado, disponibilidad según necesidad de cuidados intensivos para realización de procedimientos	Durante el mes de junio 2026 se realizaron 56 broncoscopias	x				Se adjunta: Relación de pacientes. certificado del coordinador del área certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión

3	**CONSULTA EXTERNA:** Realizar atención en consulta externa como especialista en neumología según agenda miento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Cinco (5) jornadas semanales de cuatro (4) horas cada una, rendimiento de dos (2) pacientes por hora.	Durante el mes de junio 2026 se realizaron 92 horas	x				Se adjunta: certificado del coordinador del área certificación del área correspondiente de apoyo a la supervisión.
4	Prestar servicios especializados como especialista en neumología para dar respuestas a interconsultas urgentes los fines de semana las cuales serán reconocidas por paciente visto. Valor paciente $50,072,oo a fin de dar cumplimiento con los tiempos de respuesta	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
5	El contratista deberá reportar mensualmente mediante oficio dirigido al supervisor, el personal que ingresa a ejecutar las actividades dentro del hospital, así como los egresos del personal, garantizando las actividades y desactivación de las plataformas y sistema de información interna del hospital.	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

VERIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Diligenciado por el Contratista y verificado por el supervisor)

PERIODO DE PAGO (MES)	VALOR PAGO PLANILLA ($)
MAYO -2026	$11.730.200
MAYO -2026	$4.151.700
MAYO -2026	$1.354.500
MAYO -2026	$1.732.500
MAYO -2026	$693.800
MAYO -2026	$1.237.500

En Tunja,

GLORIA DEL CARMEN GOMEZ DE HOYOS
CONTRATISTA REPRESENTANTE LEGAL CORESMED

Revisó:

JUAN ANDRES MATAMOROS ESPITIA (Coordinador Atención Hospitalaria)

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS Coordinadora Gestión Ambulatoria Quirúrgica Y Apoyo Diagnostico)

SANDRA VERONICA TOVAR ROJAS (Coordinador Urgencias)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901055156	5	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS CORESMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TUNJA	DIAGONAL 30 9 44 B Maldonado	TUNJA-BOYACA	7430118	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	382856713	9505905203	E	2026/06/12	2026/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$666,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: TUNJA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
1	CC 1049628150	DIAZ ANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$9,200	30	$1,750,905	$87,700
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,100	$0	$0	$70,100
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$70,100	$0	$0	$70,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,600	$0	$0	$52,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$52,600	$0	$0	$52,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$35,100	$0	$0	$35,100
TOTAL				1	$666,100	$0	$0	$666,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 6771431		BLANCO LEGUIZAMON JAVIER ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 47 # 1- 91	TUNJA-BOYACA	7403827	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	378998102	9505263805	I	2026/06/09	2026/06/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$11,730,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	6771431	BLANCO JAVIER	25-14	30	$35,587,500	$6,405,900	EPS017	30	$35,587,500	$4,448,500		0	$0	$0	14-23	30	$35,587,500	$867,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$35,587,500	$6,405,900			$35,587,500	$4,448,500			$0	$0			$35,587,500	$867,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,405,900	$4,800	$0	$6,410,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,405,900	$4,800	$0	$6,410,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$867,000	$700	$0	$867,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$867,000	$700	$0	$867,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,448,500	$3,300	$0	$4,451,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$4,448,500	$3,300	$0	$4,451,800
TOTAL				**1**	**$11,721,400**	**$8,800**	**$0**	**$11,730,200**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72151718		PEREZ YANGUAS ROBERTO ULISES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 N 7 24	TUNJA-BOYACA	3185325490	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	362054315	9504872395	I	2026/06/04	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$4,151,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	72151718	PEREZ ROBERTO	25-14	30	$13,000,000	$2,210,000	EPS002	30	$13,000,000	$1,625,000		0	$0	$0	14-23	30	$13,000,000	$316,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$13,000,000	$2,210,000			$13,000,000	$1,625,000			$0	$0			$13,000,000	$316,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,210,000	$0	$0	$2,210,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,210,000	$0	$0	$2,210,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$316,700	$0	$0	$316,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$316,700	$0	$0	$316,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,625,000	$0	$0	$1,625,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,625,000	$0	$0	$1,625,000
TOTAL				**1**	**$4,151,700**	**$0**	**$0**	**$4,151,700**

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	1032450143	JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE	CALLE 95 # 71-75	7567584	sebastian1594@hotmail.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
		92775295	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.354.500	

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	544.000	0		0		0	8	3.200	0	547.200	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	696.400	0	0	0	0	8	4.100	0	700.500	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	106.100				106.100	8	700	106.800			1.061	106.800	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	544.000	547.200
Pensión	1	696.400	700.500
Riesgos Laborales	1	106.100	106.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.346.500	1.354.500

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	1032450143	JUAN SEBASTIAN SIERRA DUARTE		CALLE 95 # 71-75	7567584	sebastian1594@hotmail.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
		92775295	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.354.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Sublimo	Extranjero	Datos 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 1032450143	SIERRA DUARTE JUAN SEBASTIAN	57	0			N																	25-14	4.352.000	30	696.400	0	0	0	0	EPS005	4.352.000	30	544.000	14-23	4.352.000	30	3	100.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	33367675
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MILENA CALLEJAS GUTIERREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 34 F # 36-48 SUR CASA 16	TELÉFONO:	7438640
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6015354941**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	299339743		

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 896.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 896.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 700.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 700.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 136.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 136.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.732.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.732.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73104150
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JOAQUIN ANTONIO RIOS JEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA CRR 17 N. 106-29	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6022930680	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	mayo	AÑO 2026
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			367190947

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 580.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 580.600	$ 0	$ 0	$ 580.600
SUBTOTALES:													**$ 580.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 580.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 113.200	$ 113.200	$ 0	$ 0	$ 113.200
SUBTOTALES:									**$ 113.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.200**

Planilla Pagada
aci SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																																PENSIÓN								SALUD							ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 73104150	RIOS JEREZ JOAQUIN ANTONIO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	INDEMN. SUST.DEV. SALDOS	$ 4.644.117				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 4.644.117	$ 580.600	$ 0	$ 580.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.644.117	73104150	$ 113.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 693.800

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79791394	JUAN CARLOS ROJAS PUENTES	CALLE 155 N 9-45 AP 1224 TORRE 1	6017121603	jrojaspuentes@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
		85672087	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.237.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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	97.500				97.500	0	0	97.500			975	97.500	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	97.500	97.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.237.500	1.237.500

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	79791394	JUAN CARLOS ROJAS PUENTES	CALLE 155 N 9-45 AP 1224 TORRE 1	6017121603	jrojaspuentes@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
		85672087	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.237.500	

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 79791394	ROJAS PUENTES JUAN CARLOS	57	0			N																	231001	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	3	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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