INFORME No. 7

CONTRATO:	159	DEL AÑO:	2025
CONTRATISTA:	UNION TEMPORAL ANGIOVASCULAR	C.C. / C.E. /NIT No.:	901297432-1
OBJETO:	OPERACIÓN SERVICIO DE HEMODINAMIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
PERIODO DEL INFORME:	MAYO 01 AL 15 2025		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 8.000.000.000,00			$ 8.000.000.000,00	
	$ 729.676.345,00	ENERO	$ 7.270.323.655,00	FE N° 91
	$ 791.170.223,00	FEBRERO	$ 6.479.153.432,00	FE N° 93
	$ 772.433.845,00	FEBRERO	$ 5.706.719.587,00	FE N° 94
	$ 1.127.324.549,00	MARZO	$ 4.579.395.038,00	FE N° 96
	$ 1.347.664.946,00	MARZO	$ 3.231.730.092,00	FE N° 97
	$ 1.999.154.123,00	ABRIL	$ 1.232.575.969,00	FE N° 247
PRORROGA		ABRIL		
	$ 1.184.958.644,00	MAYO	$ 47.617.325,00	FE 122, FE 106, FE 107, FE 123, FE 157, FE 129, FE 163, FE 147, FE 149, FE 151, FE 126, FE 102, FE 118, FE 154, FE 170, FE 165, FE 169, FE 153, FE 134, FE 141, FE 130, FE 139, FE 193, FE 132, FE 146 FE 104, FE 108, FE 127, FE 150, FE 103, FE 179, FE 205, FE 203, FE 140, FE 194, FE 182, FE 148 FE 121, FE 252, FE 248, FE 249, FE 225, FE 234, FE 217, FE 215, FE 208, FE 206, FE 200, FE 198, FE 196 FE 178, FE 177, FE 164, FE 160, FE 116, FE 152, FE 120, FE 111, FE 125, FE 156, FE 293, FE 162, FE 124, FE 235, FE 253, FE 239, FE 231, FE 236, FE 229, FE 209, FE 210, FE 250, FE 265, FE 266, FE 303

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

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	Realizar atención en consulta externa de las especialidades neurointervencionismo, cardiología intervencionista y electrofisiología según demanda y necesidad del servicio.	Del 01 AL 15 DE MAYO del 2025 no se realizaron jornadas de consulta de electrofisiología.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
2	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos diagnósticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	Del 01 AL 15 DE MAYO del 2025 se realizaron procedimientos diagnósticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
3	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos terapéuticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	Del 01 AL 15 DE MAYO del 2025 se realizaron procedimientos terapéuticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
4	Realizar una jornada semanal de 6 horas de procedimientos del servicio de electrofisiología, la cual se ajustará de acuerdo a la necesidad de la entidad.	Del 01 AL 15 DE MAYO del 2025 se realizaron procedimientos del servicio de electrofisiología según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes,
5	Realizar jornadas de interconsulta de seis (06) horas diarias de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h, para todas las áreas del hospital donde sea requerida la definición de la conducta terapéutica relacionada con la naturaleza del servicio. nota: se entiende por el reconocimiento de interconsultas el	Del 01 AL 15 DE MAYO del 2025 no se realizaron jornadas de interconsultas de electrofisiología.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

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

	reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. no habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.						
6	Suministrar e instalar la dotación de tecnología biomédica requerida por la Resolución 3100 de 2019 para el servicio requerido, así como los requeridos para dar cumplimiento a los procesos prioritarios diseñados para la dinámica de atención del servicio al paciente.	Se cumplió con la dotación tecnológica y biomédica requerida por la Resolución 3100 de 2019 en el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la carpeta en físico- ubicada en el servicio de hemodinamia con las hojas de vida y soportes de mantenimiento y calibración de equipos tecnológicos y biomédicos.
7	Realizar el envío de la siguiente documentación para cada uno de los equipos objeto del contrato: registro sanitario o permiso de comercialización, declaración de importación, hoja de vida del equipo con los campos del formato IB-F-13, certificación de conformidad (para equipos que cumplan con lo dispuesto en decreto 1595 de 2015), certificado vigente de calibración o calificación, si aplica, cronograma de mantenimiento preventivo durante la garantía, cronograma de calibración, de los equipos que aplique, protocolo de mantenimiento preventivo de fábrica, protocolo de limpieza y desinfección, manual de operación en español, guías rápidas de manejo del equipo, junto con el diligenciamiento del formato institucional IB-F-01.	Se cumplió con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada "HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"
8	Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de las tecnologías en las fechas establecidas en el cronograma enviado y realizar el envío de los reportes de mantenimiento correspondientes previo a la finalización del mes correspondiente.	Se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo establecido para el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada

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

							"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"
9	Ejecutar el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías en las fechas establecidas en el cronograma y realizar el envío de los soportes de capacitación previo a la finalización del mes correspondiente.	Se ha cumplido con el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías establecido para el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada "HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"
10	Diligenciar el formato institucional IB-F-34 "SUFICIENCIA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS".	Se ha cumplido con el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías establecido para el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada "HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"
11	Informar y compartir los reportes de mantenimiento correctivo de los equipos, en caso tal que sean llevados a cabo.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
12	Informar el ingreso y retiro de tecnologías que se presenten durante la vigencia del contrato y enviar la documentación requerida en el ítem 7 de las presentes obligaciones específicas.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
13	Diligenciar y compartir cada mes durante los primeros 5 días del mismo el formato de tiempos de parada.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
14	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo.				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 159 DE 2025

HACE CONSTAR:

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

Que, **UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR**, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el mes **MAYO 01 AL 15 del 2025**

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
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 **MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS ($1.184.958.644.00) 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

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA APOYO SERVICIOS DE SALUD

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspecto financiero

Elaboró: Anggie Katherine Mancera González – Apoyo Revisión Cuentas

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 7 DEL CONTRATO No. 159 DE 2025

NUMERO DE CONTRATO	**No. 159 DE 2025**	**DEPENDENCIA**	GESTÓN QUIRURGICA
OBJETO DEL CONTRATO	OPERACIÓN SERVICIO DE HEMODINAMIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR	**NIT**	901297432-1

MES DEL REPORTE	MAYO

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 8.000.000.000,00
ADICIONES	
SALDO EJECUTADO	$ 6.767.424.031,00
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 1.184.958.644,00
SALDO A EJECUTAR	$ 47.617.325,00

HORAS EJECUTADAS	N/A
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	Realizar atención en consulta externa de las especialidades neurointervencionismo, cardiología intervencionista y electrofisiología según demanda y necesidad del servicio.	Del **01 al 15 de mayo** del 2025 no se realizaron jornadas de consulta de electrofisiología.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
2	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos diagnósticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta	Del **01 al 15 de Mayo del 2025** se realizaron procedimientos diagnósticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de

	con hemodinamista y neuro intervencionista.						Analista de cuentas.
3	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos terapéuticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	Del **01 al 15 de Mayo del 2025 se** realizaron procedimientos terapéuticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
4	Realizar una jornada semanal de 6 horas de procedimientos del servicio de electrofisiología, la cual se ajustará de acuerdo a la necesidad de la entidad.	Del **01 al 15 de Mayo del 2025 se** realizaron procedimientos del servicio de electrofisiología según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes,
5	Realizar jornadas de interconsulta de seis (06) horas diarias de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h, para todas las áreas del hospital donde sea requerida la definición de la conducta terapéutica relacionada con la naturaleza del servicio. nota: se entiende por el reconocimiento de interconsultas el artículo 76 manual tarifario soat: el reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. no habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.	Del **01 al 15 de Mayo del 2025 no se realizaron** jornadas de interconsultas de electrofisiología.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
6	Suministrar e instalar la dotación de tecnología biomédica requerida por la Resolución 3100 de 2019 para el servicio requerido, así como los requeridos para	Se cumplió con la dotación tecnológica y biomédica requerida por la Resolución 3100 de	X				Se puede verificar a través de la carpeta en físico- ubicada en el servicio de

	dar cumplimiento a los procesos prioritarios diseñados para la dinámica de atención del servicio al paciente.	2019 en el servicio de hemodinamia.					hemodinamia con las hojas de vida y soportes de mantenimiento y calibración de equipos tecnológicos y biomédicos.
7	Realizar el envío de la siguiente documentación para cada uno de los equipos objeto del contrato: registro sanitario o permiso de comercialización, declaración de importación, hoja de vida del equipo con los campos del formato IB-F-13, certificación de conformidad (para equipos que cumplan con lo dispuesto en decreto 1595 de 2015), certificado vigente de calibración o calificación, si aplica, cronograma de mantenimiento preventivo durante la garantía, cronograma de calibración, de los equipos que aplique, protocolo de mantenimiento preventivo de fábrica, protocolo de limpieza y desinfección, manual de operación en español, guías rápidas de manejo del equipo, junto con el diligenciamiento del formato institucional IB-F-01.	Se cumplió con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
8	Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de las tecnologías en las fechas establecidas en el cronograma enviado y realizar el envío de los reportes de mantenimiento correspondientes previo a la finalización del mes correspondiente.	Se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo establecido para el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
9	Ejecutar el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías en las fechas establecidas en el cronograma y realizar el envío de los soportes de capacitación previo a la finalización del mes correspondiente.	Se ha cumplido con el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías establecido para el servicio de hemodinamia.	X				Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
10	Diligenciar el formato institucional IB-F-34 **"SUFICIENCIA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS".**		X				Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica

							de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
11	Informar y compartir los reportes de mantenimiento correctivo de los equipos, en caso tal que sean llevados a cabo.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
12	Informar el ingreso y retiro de tecnologías que se presenten durante la vigencia del contrato y enviar la documentación requerida en el ítem 7 de las presentes obligaciones específicas.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
13	Diligenciar y compartir cada mes durante los primeros 5 días del mismo el formato de tiempos de parada.	No fue requerida para el periodo.				x	No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte
14	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo.				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 ($)
Mayo	**$ 11.329.100,00**

En Tunja,

CLAUDIA MARITZA RODRIGUEZ ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR
CONTRATISTA

Revisó:

DR. VÍCTOR AUGUSTO BELTRÁN GUÁQUETA (Coordinador Especialidad)
DRA. TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS (Coordinadora apoyo servicios de salud)

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901297432	1	UNION TEMPORAL ANGIOVASCULAR	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8621	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CRA 1 F N 40 195 CONSULTORIO 303		3229429001			MYTSOLUCIONESANGIOVASCULAR@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33380593	E	2025-05-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	11.329.100	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
13	33380593	2025-05-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 37626757	OVALLE ROZO NEYLA MARINA	1.700.000	V									X							0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	2.419.657	629.200	0	0	SANITAS-EPS005	2.419.657	96.800	COMFABOY-CCF10	2.419.657	96.800	2.419.657	168.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	991.300	S	5861001
2	CC 40041742	LOPEZ PULIDO YANIRA	1.423.500	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.949.040	311.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.949.040	78.000	COMFABOY-CCF10	1.949.040	78.000	1.949.040	47.500	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	515.400	S	3869101
3	CC 40047753	CIFUENTES MERCHAN MARIA CRISTINA	2.100.000	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.640.836	422.600	0	0	SANITAS-EPS005	2.640.836	105.700	COMFABOY-CCF10	2.640.836	105.700	2.640.836	64.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	698.400	S	3869101
4	CC 80500217	BORDA MORENO FREDY ARMANDO	1.700.000	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.158.536	345.400	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	2.158.536	86.400	COMFABOY-CCF10	2.158.536	86.400	2.158.536	150.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	668.500	S	5861001
5	CC 1002393389	SALCEDO VARGAS WILLMAR ANDRES	3.746.599	V									X							0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	4.847.726	775.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.847.726	194.000	COMFABOY-CCF10	4.847.726	194.000	4.847.726	337.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.501.200	S	5861001
6	CC 1005282233	SOLANO CABALLERO JOSEPH ALEXANDER	1.700.000	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.385.099	381.700	0	0	EPS SURA-EPS010	2.385.099	95.500	COMFABOY-CCF10	2.385.099	95.500	2.385.099	166.100	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	738.800	S	5861001
7	CC 1007477784	BALLEN ARIZA MARLY NAYARITH	5.200.000	V	X	X							X							0			17	17	17	17	PORVENIR-230301	4.620.556	739.300	0	0	SANITAS-EPS005	4.620.556	184.900	COMFABOY-CCF10	4.620.556	184.900	4.620.556	112.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.221.700	S	3861001
8	CC 1015467990	QUINTERO PIRACOCA ANGY DANIELA	3.396.600	V													X			0			3	3	3	3	PORVENIR-230301	339.660	54.400	0	0	SANITAS-EPS005	339.660	13.600	COMFABOY-CCF10	339.660	13.600	339.660	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	81.600	S	5861001
9	CC 1015467990	QUINTERO PIRACOCA ANGY DANIELA	3.396.600	V										X						0			27	27	27	27	PORVENIR-230301	3.056.940	366.900	0	0	SANITAS-EPS005	3.056.940	0	COMFABOY-CCF10	3.056.940	0	3.056.940	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	366.900	S	5861001
10	CC 1031800859	IBAÑEZ GOMEZ YURANI SOFIA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	57.000	COMFABOY-CCF10	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3869101
11	CC 1049641024	HERNANDEZ AMAYA LIZBETH DAYANA	1.700.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.700.000	272.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.700.000	68.000	COMFABOY-CCF10	1.700.000	68.000	1.700.000	8.900	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	416.900	S	1692001
12	CC 1057588009	RINCON VILLAMIL TANIA ROCIO	4.109.671	V									X							0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	4.359.847	1.133.600	0	0	SANITAS-EPS005	4.359.847	174.400	COMFABOY-CCF10	4.359.847	174.400	4.359.847	106.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.588.700	S	3869101
13	CC 1057593592	PEREZ HERNANDEZ JENNYFER ANDREA	3.396.600	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.606.731	737.100	0	0	SANITAS-EPS005	4.606.731	184.300	COMFABOY-CCF10	4.606.731	184.300	4.606.731	320.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.426.400	S	5861001
14	CC 1102725413	RUEDA MONSALBE AMANECER	5.200.000	V		X							X							0			13	13	13	13	COLPENSION ES-25-14	2.786.545	445.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.786.545	111.500	COMFABOY-CCF10	2.786.545	111.500	2.786.545	67.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	736.800	S	3869101

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901297432	1	UNION TEMPORAL ANGIOVASCULAR	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8621	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CRA 1 F N 40 195 CONSULTORIO 303		3229429001		MYTSOLUCIONESANGIOVASCULAR@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33380593	E	2025-05-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	11.329.100	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
13	33380593	2025-05-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
39.294.673	39.294.673	39.294.673	39.294.673	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				13	6.843.500	0	0	0	6.843.500
PROTECCION	230201	800229739	0	2	1.909.300	0	0	0	1.909.300
PORVENIR	230301	800224808	8	8	3.587.100	0	0	0	3.587.100
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	629.200	0	0	0	629.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	717.900	0	0	0	717.900
EPS(Administradoras: 4)				13	1.450.100	0	0	0	1.450.100
SANITAS	EPS005	800251440	6	8	884.700	0	0	0	884.700
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	86.400	0	0	0	86.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	383.500	0	0	0	383.500
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	95.500	0	0	0	95.500
ARP(Administradoras: 1)				13	1.585.400	0	0	0	1.585.400
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	13	1.585.400	0	0	0	1.585.400
CCF(Administradoras: 1)				13	1.450.100	0	0	0	1.450.100
COMFABOY	CCF10	891800213	8	13	1.450.100	0	0	0	1.450.100
Gran Total					11.329.100	0	0	0	11.329.100