	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	07
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2025-011139-CP**

FECHA: 04-12-2025

El suscrito ***CR. JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ*** Ordenador del Gasto de ***COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1*** nombrado mediante ***Resolución 363 05-06-0202*** ; autoriza ***pago total PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO,PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	FISIO HEALTH SAS
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	900.790.887-9
No DOC. SOPORTE	042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025
VALOR TOTAL	$63.209.000,00
VALOR A PAGAR	$19.020.000,00
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	02-02-02-009-003-01-1
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	1002344975
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	4200389688
VIGENCIA	2025
PAC MES	DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)
BANCO	DAVIVIENDA
TITULAR	FISIO HEALTH SAS
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	Ahorros
NUMERO CUENTA	085000158064
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)	
TITULAR	
NIT/C.C	
BANCO	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	
NUMERO CUENTA	

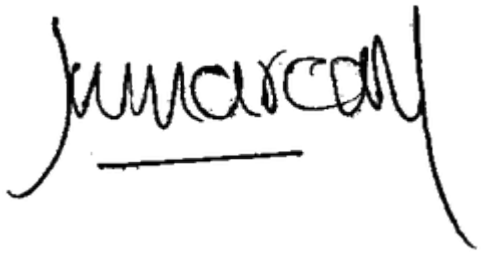
ITEM	DOCUMENTOS	No. FOLIOS
1	Formato Certificación para pago (Establecido en Hermes)	3
2	Formato Certificado Plan de Adquisiciones (última versión del documento)-CPA	1
3	Registro presupuestal CRP. Anexar la última versión que coincida con el plan de	1

FAC-S-2025-011139-CP

	pagos que se va realizar para vigencia actual	
4	Contrato principal modificatorios y/o adicionales. (SECOP II)	**22**
5	Último modificatorio al contrato y/o adicionales (en caso de modificación del tercero o cuenta bancaria del beneficiario del pago)	**N/A**
6	Acta de inicio (Para pago anticipado y anticipo contratos de obra civil)	**12**
7	Acta / Documento de constitución unión temporal o consorcio (detalle de tercero que factura y tercero beneficiario de pago).	**N/A**
8	Resolución por multas y sanciones y/o cesión de derechos económicos	**N/A**
9	RUT (Registro Único Tributario) del tercero original y beneficiario del pago actualizado y vigente	**4**
10	Factura Electrónica (Detalle de los bienes y/o servicios de acuerdo al objeto del proceso y al anexo técnico) o documento soporte para los no obligados a facturar electrónicamente (Art. 616-2 E.T.). En caso de Proveedores Extranjeros, se adjunta Factura soporte. Para Resoluciones anexar documentos equivalentes u otro documento soporte legal para el pago.	**2**
11	Soporte de las facturas con estado aprobadas en SIIF NACIÓN.	**2**
12	Certificación cuenta bancaria del tercero beneficiario del pago no superior a 60 días al momento de la radicación del pago	**1**
13	Soporte y/o pantallazo de SIIF NACIÓN de la cuenta bancaria relacionada en el pago en estado activa y vigente	**N/A**
14	Formato Recibo a satisfacción de bienes y/o servicios, vigente Suite Visión (Se debe detallar conforme al proceso y anexo técnico).	**6**
15	Formato imputación bienes y servicios por rubro presupuestal al máximo nivel de desagregación presupuestal y recurso	**1**
16	Entrada de bienes SAP firmada, y hoja de entrada de servicios SAP	**1**
17	Comprobante de SIIF NACIÓN de cuentas por pagar	**1**
18	Garantías y mecanismos de cobertura del riesgo (SECOP II).	**11**
19	Certificación pago Parafiscales.	**3**
20	Planilla de aportes: Pagos Parafiscales y Seguridad Social, acorde al periodo de facturación.	**32**
21	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles)	**N/A**
22	Los demás documentos que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato	**13**
TOTAL DOCUMENTOS		**116**

En constancia de lo anterior firman:

FAC-S-2025-011139-CP



Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-1

Elaboró: AS14. JAIME / DECOP AS14. JAIME / DECOP Aprobó:AS14. JAIME / DECOP

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS TOTAL	FECHA 14/11/2025
CONTRATO No.	**N° 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**
FECHA SUSCRIPCIÓN	14/04/2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1
FORMA DE PAGO	**Primer corte:** Los servicios prestados a partir del acta de inicio **hasta el 20 de junio de 2025**, se pagarán con cargo al PAC del mes de agosto de 2025 de acuerdo a facturación, previa suscripción del Acta de recibo parcial por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes. **Segundo Corte o Corte final:** Los servicios prestados **hasta el 14 de noviembre de 2025**, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.
CONTRATISTA	**FISIO HEALTH SAS. – NIT. 900.790.887-9**
INTERVENTOR	**NO APLICA**
SUPERVISOR	**T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$78.000.000.00**
PLAZO DE EJECUCIÓN (DE ENTREGA)	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra. **FECHA DE CORTE** / **FECHA DE PAGO** / **VALOR** 20 DE JUNIO DE 2025 — PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios — DE ACUERDO A FACTURACION 14 DE NOVIEMBRE DEL 2025 — PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026) — DE ACUERDO A FACTURACION SIN SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO Previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar
FECHA DE INICIO	**24-04-2025**
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO No. 1	

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	10-10-2025
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	Se realiza el primer Modificatorio, en el sentido de REDUCIR la suma de $20.050.000.00, al contrato, dejando un saldo a favor de quinientos mil pesos ($500.000), destinado a la atención de eventuales requerimientos relacionados con la CNSC y exámenes post-incapacidad, a solicitud de la supervisión, con la aprobación del contratista y AUTORIZADO por el señor coronel ordenador del gasto CACOM-1.
FORMA DE PAGO	Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados hasta el 14 de noviembre de 2025, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.
PLAZO DE EJECUCIÓN (MODIFICADO) (SI APLICA)	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$57.950.000
CONTRATO MODIFICATORIO No. 2	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	14-11-2025
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	Se realiza el Modificatorio No. 2, en el sentido de ADICIONAR la suma de $5.259.000.00, al contrato en mención, quedando el nuevo valor del contrato en $63.209.000.00, de acuerdo a la necesidad de realizar exámenes médicos ocupacionales para el personal militar y civil participante en el curso de trabajo en alturas, a solicitud de la supervisión, con la aprobación del contratista y AUTORIZADO por el señor coronel ordenador del gasto CACOM-1
FORMA DE PAGO	Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados hasta el 14 de noviembre de 2025, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.
PLAZO DE EJECUCIÓN (MODIFICADO) (SI APLICA)	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$63.209.000

En Puerto Salgar, Cundinamarca, el día 14 días del mes de noviembre de 2025, el señor CR. JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ en su calidad de Ordenador del Gasto, la señora T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA** y la señora PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ en su calidad de Representante Legal de la empresa FISIO HEALTH SAS **Contratista**; efectúan el correspondiente recibo total, de los bienes y/o servicios correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DE SERVICIOS RECIBIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
Examen médico ocupacional con énfasis en riesgo osteomuscular (Ingreso, periódico y retiro)	60	Ninguna
Examen médico ocupacional con énfasis en alturas y concepto de aptitud	40	Ninguna
Examen médico ocupacional con concepto de aptitud manipulación de alimentos	2	Ninguna
Examen post-incapacidad y/o de reintegro	7	Ninguna
Evaluación psicológica ocupacional (Mas psicosensométricos para conducción)	2	Ninguna
Evaluación psicológica ocupacional	5	Ninguna
Examen optométrico (ingreso, periódico y retiro)	96	Ninguna
Audiometría de tamizaje (Ingreso, periódico y retiro)	97	Ninguna
Espirometría	10	Ninguna

Electrocardiograma (En trabajador mayor de 50 años o con patología cardiovascular)	12	Ninguna
KOH de uñas de las manos	2	Ninguna
Frotis faríngeo	2	Ninguna
Coprológico	2	Ninguna
Glicemia central	42	Ninguna
Perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos, HDL, LDL)	37	Ninguna
Plomo en sangre	1	Ninguna
Parcial de orina, GOT, GTP	1	Ninguna
Cuadro hemático (Mínima de cuarta generación	14	Ninguna
Prueba de embarazo (Cualitativa en sangre), solo aplica para cargos críticos	2	Ninguna
Vacuna contra Hepatitis A (Refuerzo cada cinco años)	1	Ninguna
Vacuna contra fiebre tifoidea (Refuerzo cada tres años)	0	Ninguna
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA (S) A CANCELAR (cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)**
WILINTON JURADO SAAVEDRA	MEDICO GENRAL ESPECIALISTA EN SEGURIDA Y SALUD EN EL TRABAJO	11909
MARIA NUBIA NOVOA	FONOAUDIOLOGA	8503
YUDI ANDREA LEON	TERAPUETA RESPIRATORIA	90294
SANDRA CORTEZ	BACTERIOLOGA	10429
HECTOR DAVID BARRAGAN HUERTAS	OPTOMETRA	CTNPO:2039
KATERINE ORTIZ	PSICOLOGA	188934

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES

El pago de este recibo a satisfacción incrementa el valor y/o la vida útil del bien a intervenir.

- **Incrementa el valor del bien:**

SI: ____ NO: __X__ Valor del incremento: $_____ (Valor parcial o total correspondiente a este pago)

- **Una vez ejecutado el 100% del contrato, incrementa vida útil del bien:**

SI: ____ NO: __X__ Años a incrementar: _____

- **En caso de ser el pago final de un contrato de obra o mantenimiento mayor sobre un bien inmueble, indique si el bien se encuentra en condiciones de uso, una vez ejecutado el 100% del Contrato:**

SI____ NO ____ (N/A)

*****Esta información debe guardar relación con la registrada en los estudios y documentos previos del proceso contractual.

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$78.000.000	

VALOR ADICIÓN / REDUCCIÓN (SEGÚN APLIQUE)	**REDUCCIÓN:** $20.050.000 **ADICIÓN:** $5.259.000	
VALOR FINAL CONTRATO	$63.209.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$ 0	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	$44.189.000	
SALDO EGUNDO PAGO TOTAL PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)	$19.020.000	

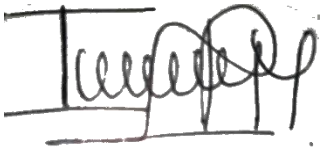
OBSERVACIONES

N/A

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON



PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ
Representante Legal FISIO HEALTH S.A.S
CONTRATISTA



T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA
SUPERVISOR O INTERVENTOR



CR. JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
ORDENADOR DEL GASTO

FISIO HEALTH S.A.S
NIT: 900790887-9
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Jurídica
Calle 12 N° 2-66/68 Centro, La Dorada, Caldas, Colombia
Tel. 3008989445
Autorización FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 18764085733587 válida desde 2024-12-19 hasta 2026-12-19 rango desde FHSO5001 hasta FHSO10000.

Nombre o Razón Social:	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1
NIT:	800141624-2
Dirección:	(!) FUERZA AEREA COLOMBIANA BASE AEREA, Puerto Salgar, Cundinamarca, Colombia
Teléfono:	6013159800
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	27/12/2025
Total de Lineas:	20

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**FHSO7177**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**12:25:01-05:00**
FECHA FIRMADO:	**28/11/2025 12:25:05**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
28	11	2025	27	12	2025

INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD

Código del prestador:	1738002157	**Modalidad de Pago:**	(Otro)	**Tipo de cobertura:**	Particular

#	CÓDIGO	SERVICIO	CANT.	IMPUESTOS			PRECIO UNITARIO	TOTAL
				NOM	% o VAL	MONTO		
1	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Examen médico ocupacional con énfasis en riesgo osteomuscular (Ingreso, periódico y retiro)	60,00				$58.000,00	$3.480.000,00
2	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Examen médico ocupacional con énfasis en alturas y concepto de aptitud	40,00				$62.000,00	$2.480.000,00
3	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA Examen optométrico (ingreso, periódico y retiro)	96,00				$42.000,00	$4.032.000,00
4	954108	AUDIOMETRIA Audiometría de tamizaje (Ingreso, periódico y retiro)	97,00				$32.000,00	$3.104.000,00
5	893703	ESPIROMETRÍA	10,00				$45.000,00	$450.000,00
6	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA Glicemia central	42,00				$24.000,00	$1.008.000,00
7	903818	COLESTEROL TOTAL Perfil lipídico (Colesterol Total,Triglicéridos, HDL, LDL	37,00				$52.000,00	$1.924.000,00
8	940901	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGIA EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL	5,00				$65.000,00	$325.000,00
9	902210	CUADRO HEMATICO IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORF Cuadro hemático (Mínimo de IV generación)	14,00				$23.000,00	$322.000,00

Firma Digital: qWQqPFXfnVoTpMHAPmET7uMbqzOK30x5WbzvIReN7bWL3/MVT2oVbDGDUyXHZTAb i8X/DSSJc1bddzohgGQosHLrTlya60CU5x+xePpesZT3+d03TM cE/8N/eAaQzKJz FkRwRoND7Wa6WVlol/M0np0rYyKTXycvRMPph8/FqzwLW4zvo55gqRlgye05biX8 Ta4gki69+K4h46da0qJQj6YSmUtPYfgGtZv q9yBQdcmgLM2n39DUo2227wnr4yvO P9yx/GnBq0vuZOgTKMsHGTun4n5gC/bGv/yNrYTQMI+5ht12O6gu5ayXPD7+rVZ2 Qnx091V8xbsUBgWH+NYY ng==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2025 hasta: 05/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

10	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO Prueba de embarazo (Cualitativa en sangre), solo aplica para cargos críticos	2,00				$25.000,00	$50.000,00
11	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Exámen médico ocupacional conconcepto de aptitud manipulación de alimentos	2,00				$55.000,00	$110.000,00
12	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA Evaluación psicológica ocupacional (Mas psicosensométricos para conducción)	2,00				$78.000,00	$156.000,00
13	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	12,00				$67.000,00	$804.000,00
14	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) KOH de uñas de las manos	2,00				$17.000,00	$34.000,00
15	901304	FROTIS GARGANTA Frotis faríngeo	2,00				$17.000,00	$34.000,00
16	907002	COPROLÓGICO COPROLÓGICO	2,00				$17.000,00	$34.000,00
17	905736	PLOMO EN SANGRE	1,00				$78.000,00	$78.000,00
18	907106	PARCIAL DE ORINA Parcial de orina, GOT, GTP	1,00				$60.000,00	$60.000,00
19	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	1,00				$150.000,00	$150.000,00
20	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Examen post-incapacidad y/o de reintegro	7,00				$55.000,00	$385.000,00

Notas:
15-01-05-003;042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025;ingrith.perez@fac.mil.co#$

SON: (diecinueve millones veinte mil pesos)
CUFE: c44cd0f2f8c911ff2291cb5d99529c49f52e738e84efb72c3719c629cc997a4bdb252cb976ced86bb023c02c81e6cf0c

Subtotal:	$19.020.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
TOTAL:	$19.020.000,00

Firma Digital: qWQqPFXfnVoTpMHAPmET7uMbqzOK30x5WbzvIReN7bWL3/MVT2oVbDGDUyXHZTAb
i8X/DSSJc1bddzohgGQosHLrTlya60CU5x+xePpesZT3+d03TM
cE/8N/eAaQzKJz FkRwRoND7Wa6WVlol/M0np0rYyKTXycvRMPph8/FqzwLW4zvo55gqRIgye05biX8 Ta4gki69+K4h46da0qJQj6YSmUtPYfgGtZv
q9yBQdcmgLM2n39DUo2227wnr4yvO P9yx/GnBq0vuZOgTKMsHGTun4n5gC/bGv/yNrYTQMI+5ht12O6gu5ayXPD7+rVZ2 Qnx091V8xbsUBgWH+NYY
ng==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2025 hasta: 05/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHjlarias	Johanna Leticia Arias Angel
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	3/12/2025 12:00:00 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	356625	**Fecha Registro:**	2025-12-03	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes		**Nro. Compromiso:**	108625	**Nro. Cdp:**	3225
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	19.020.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	19.020.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	900790887	**Razón Social:**	FISIO HEALTH S.A.S					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	FHSO7177	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2025-12-03

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	SEGUNDO PAGO CTO 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1

JOHANNA LETICIA ARIAS ANGEL

Firmado digitalmente por JOHANNA LETICIA ARIAS ANGEL
Fecha: 2025.12.03 14:42:42 -05'00'

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4200389688

CONTRATO: 4600251000

PROVEEDOR DE SERVICIOS	FISIO HEALTH SAS	**FECHA RECIBO DEL SERVICIO**	01.12.2025
CONTRATO No.	042D/2025		
UNIDAD RECEPTORA	5001 CACOM 1		
CONCEPTO Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 4200389688, contrato interno 4600251000 de fecha 01.12.2025 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4200389688	00010	1002344975	SERV. EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES				19.020.000,00
						VALOR TOTAL SERVICIOS	COP	19.020.000,00

OBSERVACIONES

FIRMAS
AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO
ASISTENTES GESTIÓN CONTABLE

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES - BIZAGI

Ordenador del gasto: Código objeto contractual:	CACOM 1 2025 - CACOM 100040	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	Vigencia: Fecha:	13/11/2025

Código Recurso	Proyecto Inversión	Producto Inversión	Código desagregado	Uso presupuestal	Descripción Uso presupuestal	Descripción	Código UNSPSC	Modalidad contratación	Unidad medida	Cantidad	Valor unitario	Suma de Valor total línea
Vigencia: 2025												
R-10			02-02-02-009-003	02-02-02-009-003-01	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	85121502	MÍNIMA CUANTÍA	Global	1,00	63,209,000.00	63,209,000.00
											Total 02-02-02-009-003 $ 63.209.000,00	
											Total Vigencia $ 63.209.000,00	

Total CPA: $ 63.209.000,00

Observaciones: V3 - SE REALIZA ADICIÓN R10 DE $5.259.000, DE ACUERDO A LO SOLICITADO POR DEDHU ADICIÓN AL CONTRATO No. 042- 00-D-CACOM-1-DEDHU-2025

Elaboró



ST. CARLOS ENRIQUE PULIDO GUZMAN
ESPECIALISTA PLANEACION

Nota: Documento generado en Bizagi el día 13/11/2025 08:31 a. m. mediante caso CPA - 12307

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHgialvare	Gloria Isabel Alvarez Mejia
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	2025-11-14-4:44 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3225 de fecha 2025-01-14. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	108625	**Fecha Registro:**	2025-04-15	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Con Obligacion			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	78.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	-14.791.000,00			**Valor Actual:**	63.209.000,00	**Saldo x Obligar:**	19.020.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900790887	**Razón Social:**	FISIO HEALTH S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	085000158064	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94528234	**Nombre:**	DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO	**Cargo:**	SEGUNDO COMANDANTE Y JEFE DE ESTADO MAYOR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 1

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-04-15

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	10	CSF	2025-10-10	78.000.000,00	-20.050.000,00		
					2025-11-14	0,00	5.259.000,00		
					Total:	78.000.000,00	-14.791.000,00	63.209.000,00	19.020.000,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
003	COMANDO AEREO DE COMBATE	1-2	ANC - GASTOS GENERALES	2025-12-22	63.209.000,00	19.020.000,00	NINGUNO

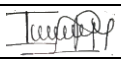
TE.MARIA PAULA QUINTERO DIAZ
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO (E)
C.C.1111202624

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL	Versión No:	4
		Vigencia:	18/11/2024

Jefatura o Unidad:	**CACOM-1**
Nombre del Supervisor de Contrato	**T3.PEREZ TORO INGRITH MARCELA**
Ordenador del Gasto	**CACOM-1**
No. Contrato	**No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1**
Valor inicial del contrato	**$ 78.000.000,00**
Adición	**$ 5.259.000,00**
Reducción	**$ 20.050.000,00**
Valor final del contrato	**$ 63.209.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
02-02-02-009-003-01	10		SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	**$ 63.209.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2025**					**$ 63.209.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 63.209.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCION	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	VALOR TOTAL PARA PAGO	SALDOS
1	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-10		PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	$ 44.189.000,00	$ 44.189.000,00	$ 19.020.000,00
2	DICIEMBRE 2025 y/o CXP 2025 PAGADERAS I BIMESTRE 2026	N/A	PAGO TOTAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-10		PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	$ 19.020.000,00	$ 19.020.000,00	$ 0,00
TOTALES							**$ 63.209.000,00**	**$ 63.209.000,00**	**$ 0,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	T3.PEREZ TORO INGRITH MARCELA
FECHA	14/11/2025

CERTIFICACION DE EXONERACION DEL PAGO DE PARAFISCALES AL SENA E ICBF

La suscrita representante legal **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 39.175.670 y el Contador Público **JOSE ALEXANDER MACIAS** de la sociedad, **FISIO HEALTH IPS S.A.S** identificada con NIT. 900.790.887, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de La Dorada Caldas, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico que, de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 25 de la Ley 1607 de 2012 y normas concordantes, la sociedad se encuentra exonerada del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), así como de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud a cargo del empleador, respecto de los empleados que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV).

Esta exoneración aplica para personas jurídicas como la nuestra, a partir de un (1) empleado en adelante, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales mencionados. Por lo tanto, no se realizan pagos por estos conceptos para los trabajadores que califiquen bajo esta norma, lo que implica que el valor a pagar es cero (0) en tales casos.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente, y se basa en la verificación interna de la nómina y los ingresos de los empleados.

Dada en La Dorada a los catorce (14) días del mes de noviembre del 2025

Atentamente.

PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ
C.C 39.175.670
REP. Legal **FISIO HELATH IPS S.A.S**
Tel. 3008989445

JOSE ALEXANDER MACIAS
C.C 1.5054.550.011
CONTADORR PUBLICO
TP. 310231-T

IPS FISIO HEALTH Su Salud en nuestras manos	**FISIO HEALTH IPS SAS** **FORMATO COBRO PRESUASIVO**	Fecha: 14/04/2025
		Version: 1.0
		SIC-FO-05

CERTIFICACIÓN DE VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS (PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el suscrito representante legal **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 39.175.670 y el Contador Público **JOSE ALEXANDER MACIAS** titular de Tarjeta Profesional No. 310231-T,

CERTIFICAN:

Que la totalidad de las personas naturales y jurídicas que mantienen relación contractual con **FISIO HEALTH IPS S.A.S** por prestación de servicios profesionales y/o asistenciales han sido objeto de verificación mensual del pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) y, en los casos que corresponda, de los aportes parafiscales.

Que, a la fecha de expedición del presente certificado, todos los prestadores de servicios vinculados contractualmente con esta IPS se encuentran al día en el pago de sus obligaciones de seguridad social, conforme a los reportes consultados en el Sistema de Aportes en Línea (PILAS) y demás plataformas oficiales habilitadas para tal fin.

La presente certificación se expide para los fines que el interesado considere pertinentes, dando cumplimiento a las disposiciones legales y contractuales vigentes en materia de verificación de aportes de seguridad social de contratistas, en La Dorada, Caldas, a los catorce (14) días del mes de noviembre del año 2025.

Atentamente,

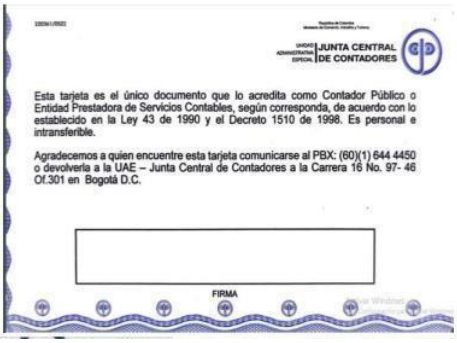
PAOLAANDREA PEREZ JIMENEZ
C.C 39.175.670
REP. Legal **FISIO HELATH IPS S.A.S**
Tel. 3008989445

JOSE ALEXANDER MACIAS
C.C 1.5054.550.011
CONTADORR PUBLICO
TP. 310231-T









UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A5E42917207B8A044

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE ALEXANDER MACIAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1054550011 de LA DORADA (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 310231-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS . . . . . .

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10188389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLINTON JURADO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A # 43-49	TELÉFONO:	3103675
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7977238514**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1676601297

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 310.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 310.600	$ 0	$ 0	$ 310.600
SUBTOTALES:													**$ 310.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 310.600**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 60.600	$ 60.600	$ 0	$ 0	$ 60.600
SUBTOTALES:									**$ 60.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 60.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
																													PENSIÓN									SALUD							ARP																	
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 10188389	JURADO SAAVEDRA WILLINTON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 2.484.694				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 2.484.694	$ 310.600	$ 0	$ 310.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.484.694	10188389	$ 60.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 371.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10188389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLINTON JURADO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A # 43-49	TELÉFONO:	3103675
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7981496838**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1744367050

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 449.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.400	$ 0	$ 0	$ 449.400
SUBTOTALES:													**$ 449.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 449.400**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 87.600	$ 87.600	$ 0	$ 0	$ 87.600
SUBTOTALES:									**$ 87.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 87.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
																													PENSIÓN									SALUD							ARP																	
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																															
1	CC 10188389	JURADO SAAVEDRA WILLINTON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 2.484.694				NO								01-30											$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 3.595.200	$ 449.400	$ 0	$ 449.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.595.200	10188389	$ 87.600	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 537.000

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10188389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLINTON JURADO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A # 43-49	TELÉFONO:	3103675
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7985236954**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1835437871

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 406.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.000	$ 0	$ 0	$ 406.000
SUBTOTALES:													**$ 406.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 406.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 79.200	$ 79.200	$ 0	$ 0	$ 79.200
SUBTOTALES:									**$ 79.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 79.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES													
																											PENSIÓN									SALUD							ARP																							
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																			
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 10188389	JURADO SAAVEDRA WILLINTON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 3.595.200				NO								01-30												$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 3.248.000	$ 406.000	$ 0	$ 406.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.248.000	10188389	$ 79.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 485.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10188389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLINTON JURADO SAAVEDRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A # 43-49	TELÉFONO:	3103675
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7990398733**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1906472613		

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 445.200	$ 0	$ 0	$ 445.200
SUBTOTALES:													**$ 445.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 445.200**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 86.800	$ 86.800	$ 0	$ 0	$ 86.800
SUBTOTALES:									**$ 86.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 86.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																															PENSIÓN									SALUD							ARP																							
																																	FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																					
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1054569332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR DAVID BARRAGAN HUERTAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 21 #2-47	TELÉFONO:	7777777
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:	**4618392720**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	11		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993739799

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 345.600	$ 2.500	$ 348.100
SUBTOTALES:										**$ 345.600**	**$ 2.500**	**$ 348.100**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 270.000	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 270.000	$ 1.900	$ 0	$ 271.900
SUBTOTALES:													**$ 270.000**	**$ 1.900**	**$ 0**	**$ 271.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1054569332	BARRAGAN HUERTAS HECTOR DAVID	INDEPEND		$ 2.160.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 620.000

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1054569332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR DAVID BARRAGAN HUERTAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 21 #2-47	TELÉFONO:	7777777
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:	**4622809458**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/22			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994075694

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 345.600	$ 3.100	$ 348.700
SUBTOTALES:										**$ 345.600**	**$ 3.100**	**$ 348.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 270.000	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 270.000	$ 2.400	$ 0	$ 272.400
SUBTOTALES:													**$ 270.000**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 272.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP												
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1054569332	BARRAGAN HUERTAS HECTOR DAVID	INDEPEND		$ 2.160.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 621.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1054569332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR DAVID BARRAGAN HUERTAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 21 #2-47	TELÉFONO:	7777777
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:			**4627667661**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			19				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994442834

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.100	$ 0	$ 345.600	$ 4.100	$ 349.700
SUBTOTALES:										**$ 345.600**	**$ 4.100**	**$ 349.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 270.000	$ 0	$ 3.200	$ 0	$ 270.000	$ 3.200	$ 0	$ 273.200
SUBTOTALES:													**$ 270.000**	**$ 3.200**	**$ 0**	**$ 273.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																													PENSIÓN									SALUD							ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1054569332	BARRAGAN HUERTAS HECTOR DAVID	INDEPEND		$ 2.160.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 622.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1054569332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR DAVID BARRAGAN HUERTAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 21 #2-47	TELÉFONO:	7777777
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:	**4630621311**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994697288

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 345.600	$ 500	$ 346.100
SUBTOTALES:										**$ 345.600**	**$ 500**	**$ 346.100**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 270.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 270.000	$ 400	$ 0	$ 270.400
SUBTOTALES:													**$ 270.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 270.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD							ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1054569332	BARRAGAN HUERTAS HECTOR DAVID	INDEPEND		$ 2.160.000				NO								01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.160.000	$ 345.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 345.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.160.000	$ 270.000	$ 0	$ 270.000			$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 616.500

Planilla Pagada

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1670189812	9489813929	I	2025/08/04	2025/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)																													
1	CC	24717402	ORTIZ KATHERINE																	25-14	30	EPS037	30	CCF11	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total		**Afiliados(1)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1670189812	9489813929	I	2025/08/04	2025/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$469,000	$0	$0	$469,000

2025/08/01 02:23 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1742528143	9490640885	I	2025/09/02	2025/09/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)																													
1	CC	24717402	ORTIZ KATHERINE																	25-14	30	EPS037	30	CCF11	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1742528143	9490640885	I	2025/09/02	2025/09/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1894626457	9494250053	I	2025/11/05	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
1	CC	24717402	ORTIZ KATHERINE																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF11	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$0	$0	No	$469,000
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1894626457	9494250053	I	2025/11/05	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1821488877	9491896170	I	2025/10/02	2025/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)																													
1	CC	24717402	ORTIZ KATHERINE																	25-14	30	EPS037	30	CCF11	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717402		ORTIZ DIAZ KATHERINE MAGALLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 N 3-02 Guarinocito	LA DORADA-CALDAS	3207857124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1821488877	9491896170	I	2025/10/02	2025/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24714042
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY ANDREA LEON BETANCURT LEON BETANCURT
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 11A # 12 A 49 B/ LAS PALMAS	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4611733484**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993313427

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24714042	LEON BETANCURT YUDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	24714042	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24714042
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY ANDREA LEON BETANCURT LEON BETANCURT
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 11A # 12 A 49 B/ LAS PALMAS	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4616505579**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993609295		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24714042	LEON BETANCURT YUDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	24714042	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24714042
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY ANDREA LEON BETANCURT LEON BETANCURT
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 11A # 12 A 49 B/ LAS PALMAS	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4621412643**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994006508		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24714042	LEON BETANCURT YUDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	24714042	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4617092774**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993683438		

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 89.000
SUBTOTALES:													**$ 89.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 89.000**

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	$ 3.800	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:									**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																												PENSIÓN									SALUD							ARP															
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 30385010	NOVOA RAMIREZ NUBIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO	01	15																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	30385010	$ 3.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 92.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4610795435**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993151409

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 89.000
SUBTOTALES:													**$ 89.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 89.000**

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	$ 3.800	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:									**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																												PENSIÓN									SALUD							ARP															
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 30385010	NOVOA RAMIREZ NUBIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO	01	15																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	30385010	$ 3.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 92.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4617092774**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993683438		

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 89.000
SUBTOTALES:													**$ 89.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 89.000**

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	$ 3.800	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:									**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																												PENSIÓN									SALUD							ARP															
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 30385010	NOVOA RAMIREZ NUBIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO	01	15																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	30385010	$ 3.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 92.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4623728354**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/09/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994141516

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 89.000
SUBTOTALES:													**$ 89.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 89.000**

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	$ 3.800	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:									**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES										
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																				
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 30385010	NOVOA RAMIREZ NUBIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO	01	15																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	30385010	$ 3.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 92.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30385010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 N 17-56	TELÉFONO:	8391019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4625781708**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/10			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994303429		

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
MIN001	MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 89.000	$ 0	$ 0	$ 89.000
SUBTOTALES:													**$ 89.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 89.000**

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	$ 3.800	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:									**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES											
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																			
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																
1	CC 30385010	NOBOA RAMIREZ NUBIA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO	01	15																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN001-ADRES	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	30385010	$ 3.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 92.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24651296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CORTES RIANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 11 14-44 SAN ANTONIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4614469427**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993451212

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 254.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.300	$ 0	$ 254.300
SUBTOTALES:										**$ 254.300**	**$ 0**	**$ 254.300**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 198.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198.700	$ 0	$ 0	$ 198.700
SUBTOTALES:													**$ 198.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 198.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 38.800	$ 38.800	$ 0	$ 0	$ 38.800
SUBTOTALES:									**$ 38.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 38.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24651296	CORTES RIANOS SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.561.000				NO									01-30								25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.589.000	$ 254.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 254.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.589.000	$ 198.700	$ 0	$ 198.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.589.000	24651296	$ 38.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 491.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24651296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CORTES RIANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 11 14-44 SAN ANTONIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4618544563**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/25			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993754948

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 231.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 231.600	$ 0	$ 231.600
SUBTOTALES:										**$ 231.600**	**$ 0**	**$ 231.600**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.900	$ 0	$ 0	$ 180.900
SUBTOTALES:													**$ 180.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.900**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.300	$ 35.300	$ 0	$ 0	$ 35.300
SUBTOTALES:									**$ 35.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 35.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24651296	CORTES RIANOS SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.447.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.447.000	$ 231.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.447.000	$ 180.900	$ 0	$ 180.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.447.000	24651296	$ 35.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 447.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24651296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CORTES RIANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 11 14-44 SAN ANTONIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4622439251**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1478762122

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 248.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248.600	$ 0	$ 248.600
SUBTOTALES:										**$ 248.600**	**$ 0**	**$ 248.600**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 194.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 194.200	$ 0	$ 0	$ 194.200
SUBTOTALES:													**$ 194.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 194.200**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.900	$ 37.900	$ 0	$ 0	$ 37.900
SUBTOTALES:									**$ 37.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 37.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24651296	CORTES RIANOS SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.447.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.553.400	$ 248.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 248.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.553.400	$ 194.200	$ 0	$ 194.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.553.400	24651296	$ 37.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 480.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24651296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CORTES RIANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 11 14-44 SAN ANTONIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4627480497**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/24		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994428756	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 267.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 267.900	$ 0	$ 267.900
SUBTOTALES:										**$ 267.900**	**$ 0**	**$ 267.900**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 209.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 209.300	$ 0	$ 0	$ 209.300
SUBTOTALES:													**$ 209.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 209.300**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 40.800	$ 40.800	$ 0	$ 0	$ 40.800
SUBTOTALES:									**$ 40.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 40.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24651296	CORTES RIANOS SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.553.400				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.674.000	$ 267.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 267.900	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.674.000	$ 209.300	$ 0	$ 209.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.674.000	24651296	$ 40.800	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 518.000

Planilla Pagada

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-07	2025-08	34289175	E	2025-08-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	34289175	2025-08-22	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1054542408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
4	CC 24716497	GUTIERREZ PULGARIN MARIA TERESA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PROTECCION-230201	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	51	0	248.400	N	3869101
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
6	CC 43653409	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	356.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	3869201
8	CC 1054552814	OCAMPO ROMERO DORIS MABEL	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
9	CC 30390511	VARGAS MONTOYA SARA CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-07	2025-08	34289175	E	2025-08-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	34289175	2025-08-22	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
11.743.875	8.541.000	12.811.500	11.743.875	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				9	1.879.500	0	0	0	1.879.500
PROTECCION	230201	800229739	0	3	626.500	0	0	0	626.500
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
PORVENIR	230301	800224808	8	5	1.025.200	0	0	0	1.025.200
EPS(Administradoras: 1)				6	342.000	0	0	0	342.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	342.000	0	0	0	342.000
ARP(Administradoras: 1)				9	144.100	0	0	0	144.100
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	9	144.100	0	0	0	144.100
CCF(Administradoras: 1)				9	470.400	0	0	0	470.400
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	9	470.400	0	0	0	470.400
Gran Total					2.836.000	0	0	0	2.836.000

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66	3008989445	FISIOHEALTH.IPS@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
2025-08	2025-09	34620837	E	2025-09-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
9	34620837	2025-09-18	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1054542408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
4	CC 24716497	GUTIERREZ PULGARIN MARIA TERESA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PROTECCION-230201	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	51	0	248.400	N	3869101
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
6	CC 43653409	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	356.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	3869201
8	CC 1054552814	OCAMPO ROMERO DORIS MABEL	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
9	CC 30390511	VARGAS MONTOYA SARA CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-08	2025-09	34620837	E	2025-09-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	34620837	2025-09-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
11.743.875	8.541.000	12.811.500	11.743.875	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				9	1.879.500	0	0	0	1.879.500
PROTECCION	230201	800229739	0	3	626.500	0	0	0	626.500
PORVENIR	230301	800224808	8	5	1.025.200	0	0	0	1.025.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				6	342.000	0	0	0	342.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	342.000	0	0	0	342.000
ARP(Administradoras: 1)				9	144.100	0	0	0	144.100
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	9	144.100	0	0	0	144.100
CCF(Administradoras: 1)				9	470.400	0	0	0	470.400
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	9	470.400	0	0	0	470.400
Gran Total					2.836.000	0	0	0	2.836.000

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-09	2025-10	35005383	E	2025-10-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	35005383	2025-10-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1054542408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
4	CC 24716497	GUTIERREZ PULGARIN MARIA TERESA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PROTECCION-230201	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	51	0	248.400	N	3869101
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
6	CC 43653409	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	356.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	3869201
8	CC 1054552814	OCAMPO ROMERO DORIS MABEL	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
9	CC 30390511	VARGAS MONTOYA SARA CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-09	2025-10	35005383	E	2025-10-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	35005383	2025-10-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
11.743.875	8.541.000	12.811.500	11.743.875	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				9	1.879.500	0	0	0	1.879.500
PORVENIR	230301	800224808	8	5	1.025.200	0	0	0	1.025.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
PROTECCION	230201	800229739	0	3	626.500	0	0	0	626.500
EPS(Administradoras: 1)				6	342.000	0	0	0	342.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	342.000	0	0	0	342.000
ARP(Administradoras: 1)				9	144.100	0	0	0	144.100
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	9	144.100	0	0	0	144.100
CCF(Administradoras: 1)				9	470.400	0	0	0	470.400
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	9	470.400	0	0	0	470.400
Gran Total					2.836.000	0	0	0	2.836.000

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-10	2025-11	35257288	E	2025-11-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	35257288	2025-11-24	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1054542408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
4	CC 24716497	GUTIERREZ PULGARIN MARIA TERESA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PROTECCION-230201	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	51	0	248.400	N	3869101
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
6	CC 43653409	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	356.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.423.500																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.067.625	170.900	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.067.625	42.800	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	228.600	N	3869201
8	CC 1054552814	OCAMPO ROMERO DORIS MABEL	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901
9	CC 30390511	VARGAS MONTOYA SARA CAROLINA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@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
2025-10	2025-11	35257288	E	2025-11-06	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.836.000	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	35257288	2025-11-24	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
11.743.875	8.541.000	12.811.500	11.743.875	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				9	1.879.500	0	0	0	1.879.500
PORVENIR	230301	800224808	8	5	1.025.200	0	0	0	1.025.200
PROTECCION	230201	800229739	0	3	626.500	0	0	0	626.500
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				6	342.000	0	0	0	342.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	342.000	0	0	0	342.000
ARP(Administradoras: 1)				9	144.100	0	0	0	144.100
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	9	144.100	0	0	0	144.100
CCF(Administradoras: 1)				9	470.400	0	0	0	470.400
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	9	470.400	0	0	0	470.400
Gran Total					2.836.000	0	0	0	2.836.000

FAC-S-2025-232004-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 13, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2025-232004-CI del 2 de diciembre de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SETSS

Señor Coronel
JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-1
Puerto Salgra, Cundinamarca

Asunto: Solicitud de autorización de pago – Contrato No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025

De manera atenta y respetuosa, me permito solicitar al señor Coronel Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor del CACOM-1, se sirva autorizar el pago correspondiente al Contrato No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025, cuyo objeto contractual es la prestación de servicios de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódico, egreso y post incapacidad al personal del CACOM-1.

El contrato tiene una fecha de ejecución desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, hasta el 14 de noviembre de 2025.

Así mismo, de manera respetuosa me permito informar los motivos por los cuales el trámite de pago se realiza hasta la fecha:

El 14 de noviembre de 2025, la empresa FISIOHEALTH envía la documentación requerida para finalizar el contrato y firmar el acta de recibo a satisfacción.



DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO

Resumir

IPS FISIO HEALTH<fisiohealth.ips@gmail.com>

Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Vie 14/11/2025 6:40 PM

Respondió el Sáb 15/11/2025 10:34 AM.

SIC-FO-05 CERTIFICACION P... 271 KB | CERTIFICADO NO PAGO DE P... 39 KB | PLANILLAS SEGURIDAD SOCI... 6 MB

Mostrar los 9 datos adjuntos (7 MB) | Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea | Descargar todo

Buenas tardes

Señores fuerza Aerea Cacom 1
técnico 3o Ingrith Marcela Perez Toro
Supervisora del contrato

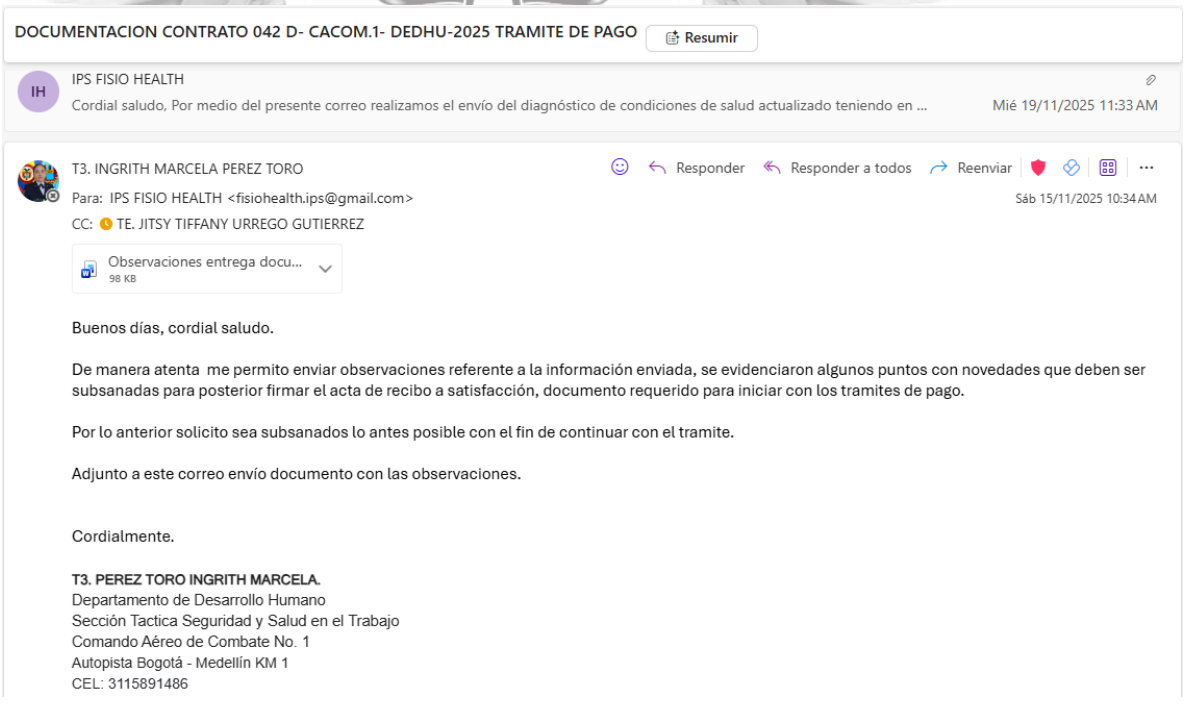
Se anexa la siguiente documentación anexa requerida para su revisión en pro de ser autorizada para pago, según contrato 042-D-CACOM 1-DEDHU-2025.

Cordialmente,

IPS FISIO HEALTH

Carolina Vargas
Coordinadora Administrativa

El 15 de noviembre, se responden por correo electrónico las observaciones para que sean subsanadas.



DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO

Resumir

IPS FISIO HEALTH

Cordial saludo, Por medio del presente correo realizamos el envío del diagnóstico de condiciones de salud actualizado teniendo en ... Mié 19/11/2025 11:33 AM

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>

Sáb 15/11/2025 10:34 AM

CC: TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

Observaciones entrega docu... 98 KB

Buenos días, cordial saludo.

De manera atenta me permito enviar observaciones referente a la información enviada, se evidenciaron algunos puntos con novedades que deben ser subsanadas para posterior firmar el acta de recibo a satisfacción, documento requerido para iniciar con los tramites de pago.

Por lo anterior solicito sea subsanados lo antes posible con el fin de continuar con el tramite.

Adjunto a este correo envío documento con las observaciones.

Cordialmente.

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486

El 19 de noviembre de 2025, la empresa FISIOHEALTH envía nuevamente la información para revisión.



DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO

Resumir

IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO; TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

Mié 19/11/2025 11:33 AM

Respondió el Mié 19/11/2025 6:00 PM.

COMANDO AEREO DE COM... 795 KB | FAC COMANDO AEREO DE C... 319 KB | FORMATO REPORTE CONDIC... 155 KB

3 archivos adjuntos (1 MB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Cordial saludo,

Por medio del presente correo realizamos el envío del diagnóstico de condiciones de salud actualizado teniendo en cuenta los ítems mencionados en el correo anterior, adjuntamos base de datos requerida por ustedes en el formato aportado y anexamos la custodia de historias clínicas con todos los pacientes atendidos.

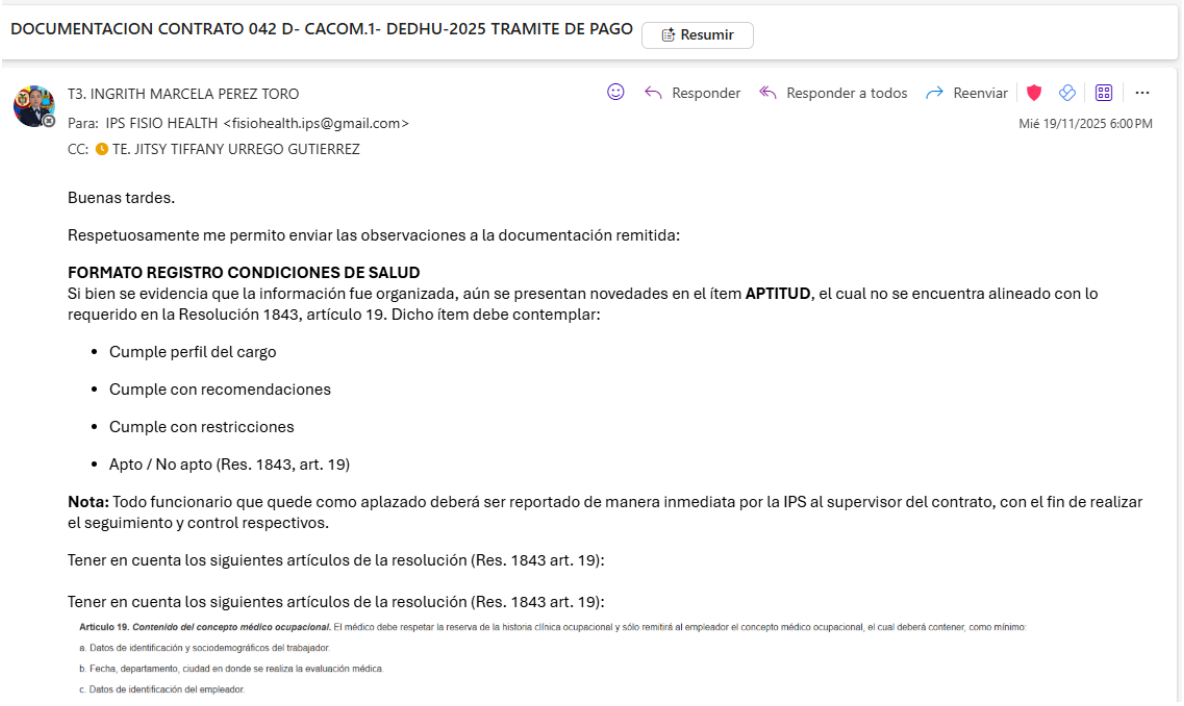
Quedo atenta a cualquier inquietud o novedad.

Cordialmente,

IPS FISIO HEALTH

Carolina Vargas
Coordinadora Administrativa
316 230 0856
CALLE 12 # 2-44 LA DORADA CALDAS
fisiohealth.ips@gmail.com

El mismo 19 de noviembre, a las 18:00 horas, se da respuesta y se envían nuevas observaciones para subsanar.



DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO

Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>

Mié 19/11/2025 6:00 PM

CC: TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

Buenas tardes.

Respetuosamente me permito enviar las observaciones a la documentación remitida:

FORMATO REGISTRO CONDICIONES DE SALUD
Si bien se evidencia que la información fue organizada, aún se presentan novedades en el ítem **APTITUD**, el cual no se encuentra alineado con lo requerido en la Resolución 1843, artículo 19. Dicho ítem debe contemplar:

- Cumple perfil del cargo
- Cumple con recomendaciones
- Cumple con restricciones
- Apto / No apto (Res. 1843, art. 19)

Nota: Todo funcionario que quede como aplazado deberá ser reportado de manera inmediata por la IPS al supervisor del contrato, con el fin de realizar el seguimiento y control respectivos.

Tener en cuenta los siguientes artículos de la resolución (Res. 1843 art. 19):

Tener en cuenta los siguientes artículos de la resolución (Res. 1843 art. 19):

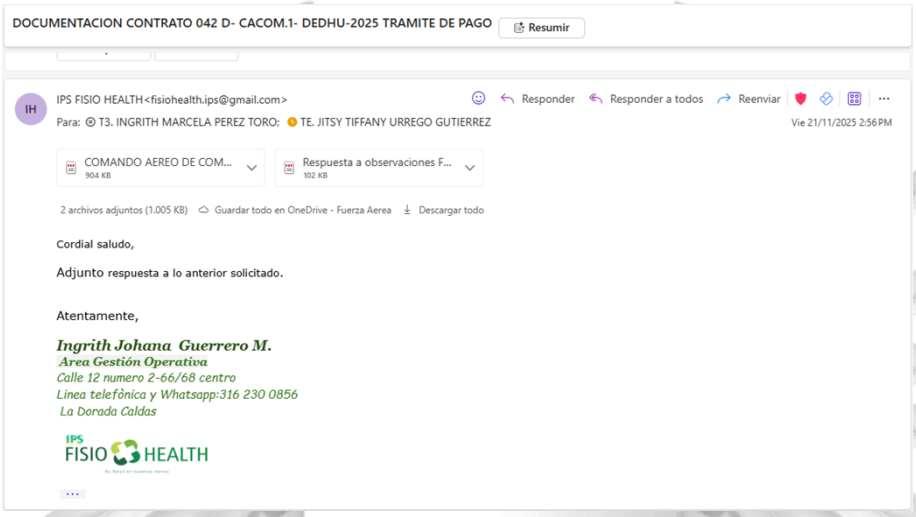
Artículo 19. *Contenido del concepto médico ocupacional.* El médico debe respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y sólo remitirá al empleador el concepto médico ocupacional, el cual deberá contener, como mínimo:

a. Datos de identificación y sociodemográficos del trabajador.

b. Fecha, departamento, ciudad en donde se realiza la evaluación médica.

c. Datos de identificación del empleador.

El 21 de noviembre, la empresa FISIOHEALTH envía el formato de condiciones de salud requerido y corregido según las observaciones; se procede a revisar la documentación para pago.



DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO

Resumir

IH

IPS FISIO HEALTH<fisiohealth.ips@gmail.com>

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO; TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

Vie 21/11/2025 2:56 PM

COMANDO AEREO DE COM... 904 KB

Respuesta a observaciones F... 102 KB

2 archivos adjuntos (1.005 KB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Cordial saludo,

Adjunto respuesta a lo anterior solicitado.

Atentamente,

Ingrith Johana Guerrero M.
Area Gestión Operativa
Calle 12 numero 2-66/68 centro
Linea telefónica y Whatsapp:316 230 0856
La Dorada Caldas

IPS FISIO HEALTH

El 24 de noviembre de 2025, se envía al Departamento de Contratos la documentación para pago, para su revisión.

DOCUMENTACION CONTRATO 042 D- CACOM.1- DEDHU-2025 TRAMITE DE PAGO Resumir

IPS FISIO HEALTH<fisiohealth.ips@gmail.com>
Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar
Lun 24/11/2025 2:58 PM

Base Datos_Exámenes Médic... 115 KB

Cordial saludo,
Adjuntamos la base de datos solicitada, debidamente diligenciada.

Atentamente,

Leidy C.Mejía Gaitán
Auxiliar Administrativa
Calle 12 numero 2-66 centro
Línea telefónica y whatssup: 316 230 0856
La Dorada Caldas

IPS FISIO HEALTH

Responder | Reenviar

Ese mismo 24 de noviembre, la funcionaria AS14 Melissa Andrea Jaime Avendaño envía observaciones para subsanar.

DOCUMENTACIÓN PARA PAGO CONTRATO 042 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar
Lun 24/11/2025 1:00 PM

Para: AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO
CC: TC. INGRID YURLEY MARIN PULGARIN; CT. NYDIA ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ; TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

1. ACTA RECIBO A SATISFACC... 184 KB | PLANILLAS SEGURIDAD SOCI... 6 MB | CERTIFICADO NO PAGO DE P... 39 KB

Mostrar los 6 datos adjuntos (6 MB) | Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea | Descargar todo

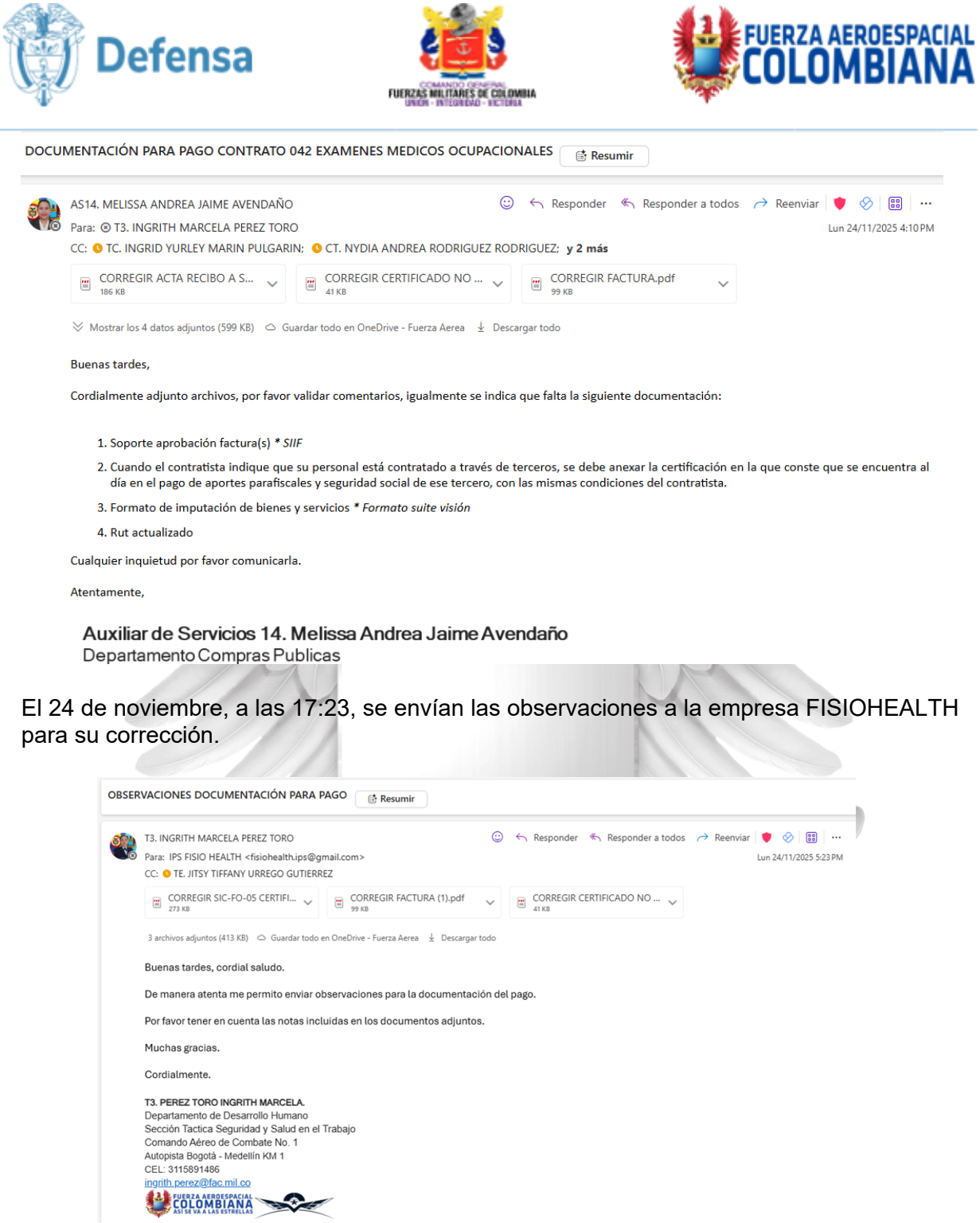
Melissa buenas tardes, de manera atenta y respetuosa me permito enviar documentación para pago del contrato 042, solicito de manera atenta su revisión y apoyo.

Quedo atenta a sus observaciones, muchas gracias.

Cordialmente,

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486
ingrith.perez@fac.mil.co

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS



DOCUMENTACIÓN PARA PAGO CONTRATO 042 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES Resumir

AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Lun 24/11/2025 4:10 PM

CC: TC. INGRID YURLEY MARIN PULGARIN; CT. NYDIA ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ; **y 2 más**

CORREGIR ACTA RECIBO A S... 186 KB | CORREGIR CERTIFICADO NO ... 41 KB | CORREGIR FACTURA.pdf 99 KB

Mostrar los 4 datos adjuntos (599 KB) | Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea | Descargar todo

Buenas tardes,

Cordialmente adjunto archivos, por favor validar comentarios, igualmente se indica que falta la siguiente documentación:

1. Soporte aprobación factura(s) * *SIIF*
2. Cuando el contratista indique que su personal está contratado a través de terceros, se debe anexar la certificación en la que conste que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y seguridad social de ese tercero, con las mismas condiciones del contratista.
3. Formato de imputación de bienes y servicios * *Formato suite visión*
4. Rut actualizado

Cualquier inquietud por favor comunicarla.

Atentamente,

Auxiliar de Servicios 14. Melissa Andrea Jaime Avendaño
Departamento Compras Publicas

El 24 de noviembre, a las 17:23, se envían las observaciones a la empresa FISIOHEALTH para su corrección.

OBSERVACIONES DOCUMENTACIÓN PARA PAGO Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>

Lun 24/11/2025 5:23 PM

CC: TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

CORREGIR SIC-FO-05 CERTIFI... 273 KB | CORREGIR FACTURA (1).pdf 99 KB | CORREGIR CERTIFICADO NO ... 41 KB

3 archivos adjuntos (413 KB) | Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea | Descargar todo

Buenas tardes, cordial saludo.

De manera atenta me permito enviar observaciones para la documentación del pago.

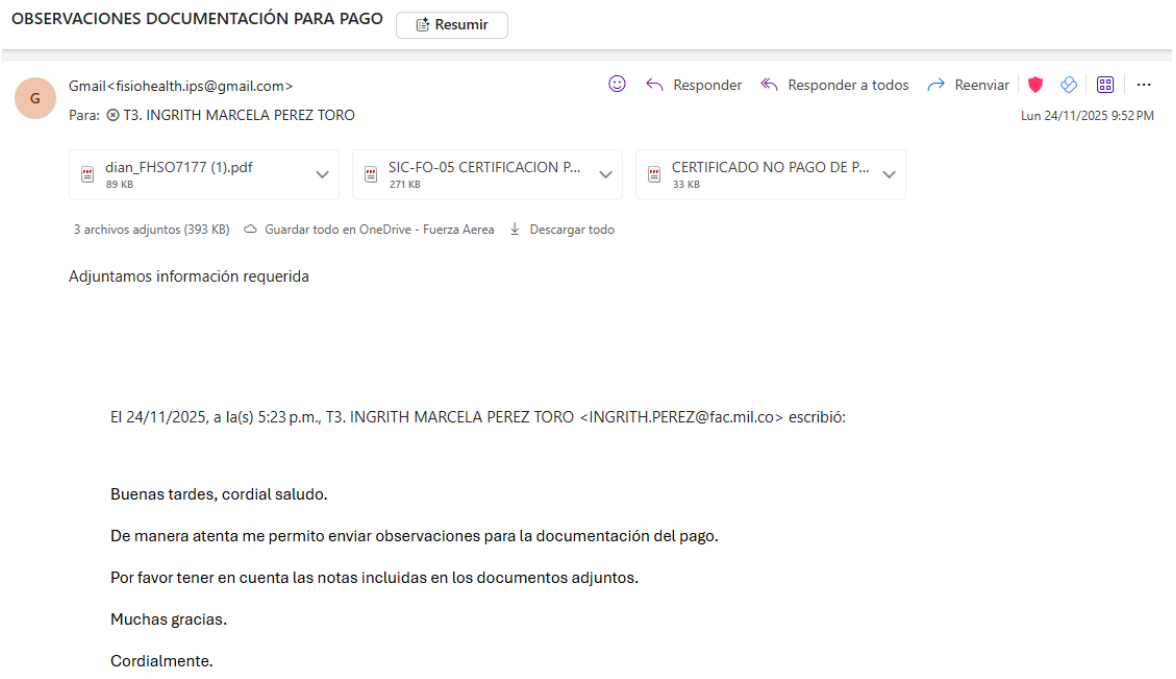
Por favor tener en cuenta las notas incluidas en los documentos adjuntos.

Muchas gracias.

Cordialmente.

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486
ingrith.perez@fac.mil.co

El 24 de noviembre de 2025, a las 21:52, la empresa FISIOHEALTH envía nuevamente la documentación.



OBSERVACIONES DOCUMENTACIÓN PARA PAGO Resumir

Gmail<fisiohealth.ips@gmail.com>
Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Lun 24/11/2025 9:52 PM

dian_FHSO7177 (1).pdf 89 KB
SIC-FO-05 CERTIFICACION P... 271 KB
CERTIFICADO NO PAGO DE P... 33 KB

3 archivos adjuntos (393 KB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Adjuntamos información requerida

El 24/11/2025, a la(s) 5:23 p.m., T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO <INGRITH.PEREZ@fac.mil.co> escribió:

Buenas tardes, cordial saludo.

De manera atenta me permito enviar observaciones para la documentación del pago.

Por favor tener en cuenta las notas incluidas en los documentos adjuntos.

Muchas gracias.

Cordialmente.

El 25 de noviembre, se solicitan documentos faltantes para el pago.

SOLCITUD DOCUMENTOS Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO
Para: IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>
Responder | Responder a todos | Reenviar
Mar 25/11/2025 8:09 AM

Buenas dias,

Con toda atención, d emanera atenta me permito solicitar la siguiente información :

1. Cuando el contratista indique que su personal está contratado a través de terceros, se debe anexar la certificación en la que conste que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y seguridad social de ese tercero, con las mismas condiciones del contratista.
2. Rut actualizado

Atentamente,

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486
ingrith.perez@fac.mil.co

El 25 de noviembre de 2025, a las 10:38, FISIOHEALTH envía los documentos requeridos.

SOLCITUD DOCUMENTOS Resumir

IH
IPS FISIO HEALTH<fisiohealth.ips@gmail.com>
Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO
Responder | Responder a todos | Reenviar
Mar 25/11/2025 10:36 AM

CERTIFICADO NO PAGO DE P... 113 KB
SIC-FO-05 CERTIFICACION P... 258 KB
SIC-FO-05 CERTIFICACION P... 354 KB

3 archivos adjuntos (725 KB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Cordial saludo,
Anexo la documentación solicitada anteriormente.

Cordialmente,

IPS FISIO HEALTH
Carolina Vargas
Coordinadora Administrativa
314 230 0854
CALLE 12 # 2-66 LA DORADA CALDAS
fisiohealth.ips@gmail.com

El 27 de noviembre de 2025, se solicita la corrección de la factura de acuerdo con las observaciones del Área de Contratos.

OBSERVACIONES DOCUMENTACIÓN PARA PAGO Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: IPS FISIO HEALTH <fisiohealth.ips@gmail.com>

Jue 27/11/2025 11:23 AM

CC: TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

CORREGIR dian_FHSO7177 (... 96 KB

Buenos días,

Cordialmente se adjunta documentación por favor validar comentarios, igualmente se indica que falta lo siguiente:

-Rut actualizado

Cualquier inquietud por favor comunicarla.

Atentamente,

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486
ingrith.perez@fac.mil.co

El dia 27 de noviembre se envían documentos de paquete de pago para revisón a la señora AS14 Melissa Andrea Jaime Avendaño.

ENVIO DOCUEMNTOS PARA PAGO CONTRATO 042 EXAMENES MEDICOS Resumir

T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Para: AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO

Jue 27/11/2025 4:15 PM

CC: TC. INGRID YURLEY MARIN PULGARIN; CT. NYDIA ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ; TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

GA-JEADA-FR-132 FORMATO... 41 KB | ACTUAL RUT .pdf 262 KB | PLANILLAS SEGURIDAD SOCI... 6 MB

Mostrar los 8 datos adjuntos (7 MB) | Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea | Descargar todo

Buenas tardes, de manera atenta y respetuosa me permito enviar documentación requerida para el pago del contrato de exámenes médicos ocupacionales.

Quedo atenta a sus observaciones

Cordialmente.

T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA.
Departamento de Desarrollo Humano
Sección Tactica Seguridad y Salud en el Trabajo
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
CEL: 3115891486
ingrith.perez@fac.mil.co

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS

El 27 de noviembre la señora AS14 Melissa Andrea Jaime Avendaño, revisa y aprueba documentación para pago.

ENVIO DOCUEMNTOS PARA PAGO CONTRATO 042 EXAMENES MEDICOS Resumir

AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO Responder Responder a todos Reenviar

Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO Jue 27/11/2025 5:10 PM

CC: TC. INGRID YURLEY MARIN PULGARIN; CT. NYDIA ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ; TE. JITSY TIFFANY URREGO GUTIERREZ

Buenas tardes,

Cordialmente indico que falta la factura y soporte de aprobación de la misma; una vez cuente con toda la documentación debe radicar la documentación para pago mediante Hermes dirigido al ordenador del gasto con copia a la jefe del DECOP, en este debe indicar cronológicamente las novedades presentadas desde el momento del vencimiento de plazo de ejecución y hasta la fecha de la radicación de la documentación y debe adjuntar al Hermes la documentación para pago.

Cualquier inquietud por favor comunicarla.

Atentamente,

Auxiliar de Servicios 14. Melissa Andrea Jaime Avendaño
Departamento Compras Publicas
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá-Medellín, Puerto Salgar, Cundinamarca
Tel. (601) 3159800 Ext. 65052
melissa.jaime@fac.mil.co
FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

El 27 de noviembre de 2025, la empresa FISIOHEALTH subsana las observaciones de la factura y el 28 de noviembre carga la factura en el SIIF.

OBSERVACIONES DOCUMENTACIÓN PARA PAGO Resumir

IH IPS FISIO HEALTH<fisiohealth.ips@gmail.com>
Para: T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO

Responder Responder a todos Reenviar
Jue 27/11/2025 12:35 PM

dian_FHSO7177.pdf
87 KB

Buen dia

Esperamos se encuentren muy bien en todas sus actividades,

Emitimos respuesta a solicitud.

- **CORRECCIONES PREFACTURA 7177**

Quedando atentos ante alguna inquietud,

Cordialmente,

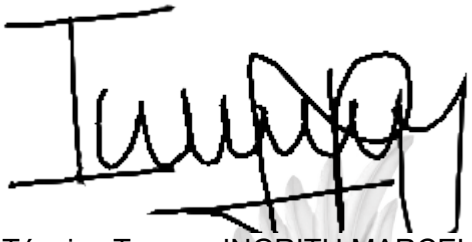
IPS FISIO HEALTH

Carolina Vargas
Coordinadora Administrativa
316 230 0856
CALLE 12 # 2-66
LA DORADA CALDAS
fisiohealth.ips@gmail.com

El 1 de diciembre, la factura es aprobada automáticamente y se continúa con el trámite de pago.

Lo anterior para su conocimiento y tramite para autorización de pago.

Cordialmente



Técnico Tercero INGRITH MARCELA PEREZ TORO
Técnico Especialista Medicina Preventiva Y Del Trabajo

Anexo:08 archivos
CT. RODRIGUEZ / DECOP; AS14. JAIME / DECOP; AS16. HERNANDEZ / DECOP

Elaboró: T3. PEREZ / SETSS Revisó: T3. PEREZ / SETSS Aprobó:T3. PEREZ / SETSS

Identificación	Descripción E	Numero Inter	Tipo de Docu	Número de d	Número Factu	Fecha de Doc	Fecha de Rec	Fecha de envi	Fecha de Ace	Fec	No. Identifica	Nombre o Razón Social	Estado de doc
15-01-05-003	FAC COMAND	19331781	Factura electr	FHSO7177	FHSO7177	28/11/2025 a	28/11/2025 a	1/12/2025 a.	1/12/2025 a.		900790887	FISIO HEALTH S.A.S	AceptadaTacit

Valor antes de IV	IVA	Valor después de	Valor máximo pa	No.	Esta	Valo	Núm	Código CUFE_CUDE
19.020.000,00	0,00	19.020.000,00	19.020.000,00	0				c44cd0f2f8c911ff2291cb5d99529c49f52e738e84efb72c3719c629cc997a4bdb252cb976ced86bb023c02c81e6cf0c

CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACIÓN DE OFERTA ELECTRONICA No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1 – NIT. 800.141.624-2 y la empresa FISIO HEALTH S.A.S. – NIT. 900.790.887-9

Entre los suscritos: el Señor **Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO**, mayor de edad, domiciliado en Puerto Salgar Cundinamarca, identificado con cédula de ciudadanía **No. 94.528.234** expedida en Cali Valle del Cauca,, debidamente facultado mediante la la Resolución de Delegación Ministerial No. 4223 del 23 de Junio de 2022, la Resolución 4130 del 16 de junio de 2022, Resolución 4983 Articulo 1 del 13 de diciembre 2023, para adelantar procesos de contratación en cuantía de 0 a 5.000 S.M.L.M.VV, actuando en nombre y representación de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA –COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, con NIT. 800.141.624-2, quien para los efectos del presente contrato se denomina LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA –CACOM-1 o **Entidad Estatal contratante**, por una parte; en adelante **EL MINISTERIO**, **ACEPTA** de manera expresa e incondicional la oferta presentada por la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, en adelante **EL CONTRATISTA**; quien por virtud de la propuesta que presentó el día 03 de abril de 2025, **SE OBLIGA** con LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA –CACOM-1 a ejecutar el contrato, bajo las siguientes condiciones generales de ejecución del presente contrato:

Cláusula 1 - Forma de pago y apropiación presupuestal

1.1 El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las siguientes apropiaciones presupuestales:

IMPUTACION PRESUPUESTAL								DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL	CDP No.
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJG PROY	ORD SPRY	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM	REC			
02	02	02	009	003	01		10	Servicios de Salud Humana	$78.000.000.00	**3225 DE FECHA 14-01-2025**
								Sub Total Recurso 10	**$78.000.000.00**	
								TOTAL OFERTA	**$78.000.000.00**	

1.2 **FORMA DE PAGO:**

El respectivo pago se realizará en las siguientes condiciones así: **Primer corte:** Los servicios prestados a partir del acta de inicio **hasta el 20 de junio de 2025**, **se pagarán con cargo al PAC del mes de agosto de 2025 de acuerdo a facturación**, previa suscripción del Acta de recibo parcial por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.

Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados **hasta el 14 de noviembre de 2025**, **se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026,** hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.

1.3 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato **hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.**

FECHA DE CORTE	FECHA DE PAGO	VALOR
20 DE JUNIO DE 2025	PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	DE ACUERDO A FACTURACION
14 DE NOVIEMBRE DEL 2025	PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)	DE ACUERDO A FACTURACION SIN SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO

Previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar.

NOTAS:

1. El pago al Contratista se realizará previa presentación de la facturación, el acta de recibo a satisfacción suscrito por el Supervisor del Contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar. Por lo tanto, la Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato.
2. Para la realización de los pagos por parte del Ministerio de Defensa – Fuerza Aeroespacial Colombiana se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando a ello haya lugar, dentro de los últimos seis (06) meses.
3. Cuando de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, las personas jurídicas o las personas naturales empleadoras se encuentren exentas de realizar los aportes al SENA e ICBF deberán presentar certificación en donde se manifieste dicha situación la cual se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento.
4. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.
5. El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

(Sin perjuicio de lo aquí descrito el contratista deberá cargar las facturas en el SECOP II)

Para el pago el contratista deberá anexar la documentación que a continuación se indica en cada entrega: Factura y/o cuenta de cobro original, de acuerdo al anexo técnico. Certificado Paz y Salvo por concepto de seguridad social y parafiscales durante los últimos seis meses. Última planilla de pago de seguridad social y parafiscales. Certificación Bancaria. Demás requeridos por el supervisor del contrato ***previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los servicios objeto del contrato*** suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar.

El pago en las fechas establecidas estará sujeto a previa aprobación de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Nota 1: para todos los efectos, la moneda del contrato será el peso colombiano.

Nota 2: Para la realización de los pagos por parte del El Ministerio de Defensa – Fuerza Aeroespacial Colombiana se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, dentro de los últimos seis (06) meses.

PARAGRAFO PRIMERO: El desembolso de los recursos se efectuará, previa presentación de la factura o documento equivalente, acta de recibo a satisfacción, paz y salvo del CONTRATISTA a los aportes parafiscales y de seguridad social, de acuerdo a la Ley y previo el trámite administrativo a que haya lugar. Para efectos del pago EL MINISTERIO procederá a hacer las retenciones que correspondan por ley.

PARÁGRAFO SEGUNDO - DERECHOS E IMPUESTOS: La ejecución del contrato se realizará de conformidad con lo previsto en las normas tributarias aplicables en la República de Colombia. Todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidas o que se establezcan y que se causen por la celebración, perfeccionamiento, ejecución, cumplimiento o liquidación del contrato, estarán a cargo del CONTRATISTA.

PARÁGRAFO TERCERO: La forma de pago establecida no será obstáculo para que, una vez cumplida la entrega a satisfacción, EL MINISTERIO pueda efectuar el pago con anterioridad, si llegare a existir disponibilidad de recursos en el PAC y así lo acepta EL CONTRATISTA. El desembolso se efectuará, previo el cumplimiento de los trámites administrativos, sin necesidad de modificar el presente contrato y mediante decisión unilateral del MINISTERIO. En todo caso, el pago del valor del contrato se subordina a las apropiaciones y disponibilidades presupuestales de la vigencia fiscal actual.

Cláusula 2 - Indemnidad

El Contratista se obliga a mantener indemne a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA de cualquier reclamo, demanda, acción legal, costos, daño, lesión o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones, así como por cualquier obligación de carácter laboral, que se origine en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.

En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal en contra de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA por asuntos, que según el contrato sea de responsabilidad del CONTRATISTA, se le comunicará en el menor tiempo posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto.

Cláusula 3 – Multas

En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, éste autoriza expresamente, mediante el presente documento a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA, previo cumplimiento del procedimiento establecido en el artículo **86 de la ley 1474 de 2011,** para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias sucesivas del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del total del contrato, por cada día de retardo y que no exceda el 30% del valor total del contrato, las cuales serán tasadas por el supervisor del contrato.

El valor de la multa será descontado del saldo que, por cualquier concepto adeude LA NACION – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA a EL CONTRATISTA, quien con la firma del contrato lo autoriza para proceder en consecuencia. Si esto no fuere posible, se hará efectiva la garantía única, en el amparo de cumplimiento.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para la imposición de las multas no será necesario que el contratista incumpla la totalidad de las obligaciones, sino que bastará con el incumplimiento de alguna de ellas, o el retardo en la programación u ejecución de alguna de las actividades propias del contrato. Una vez impuesta la multa, la Dirección de Compras Públicas, informará con oficio a la Dirección Financiera, para que proceda a efectuar el descuento de la multa en el pago que deba realizarse al contratista. Igualmente, la Dirección de Compras Públicas mediante oficio informará a la Cámara de Comercio sobre la imposición de la multa respectiva de acuerdo a lo estipulado en el numeral **6.2 del Artículo 6 de la Ley 1150 de 2007**

Cláusula 4 – Cláusula Penal Pecuniaria:

En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente Contrato, El Contratista debe pagar a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA, a título de indemnización, una suma equivalente al 30% del valor del contrato. El valor pactado de la presente cláusula penal es el de la estimación anticipada de perjuicios, no obstante, la presente cláusula no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor. Este valor puede ser compensado con los montos que adeude LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AÉREA COLOMBIANA a EL CONTRATISTA con ocasión de la ejecución del Contrato, de conformidad con las normas que rigen la materia.

Cláusula 5 - Cesión

El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA.

Es posible ceder el contrato estatal en los siguientes casos:

a. Por inhabilidad sobreviniente
b. Por inhabilidad o incompatibilidad de uno de los integrantes del Consorcio o de la Unión Temporal
c. Por motivos de conveniencia, para satisfacción de los intereses de las partes o para la oportuna, eficaz y completa ejecución del objeto, en concordancia con los principios de economía, celeridad y eficacia de la labor administrativa contractual, las partes acuerden cederlo.

No es posible ceder el contrato cuando se trate de ejecuciones personalísimas y directas del negocio jurídico por ejemplo obras de arte. Así mismo no se podrá ceder los contratos de ejecución instantánea cuyo objeto sustancialmente se haya ejecutado.

El objeto de la cesión es la posición contractual de los sujetos, por ello solo se trasmite la calidad de contratista a un tercero que asume las obligaciones y derechos, sin que haya cambio del contenido del contrato y debe fijarse la cesión en el contrato.

Las relaciones entre LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA y cedente cesan o terminan. Hay sustitución del cedente por el cesionario, quien adquiere todos los derechos y obligaciones, incluso sobre hechos sucedidos antes de la cesión, puesto que hay un traslado total de la condición de contratista. Sin embargo, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA por escrito puede reservarse el derecho de exigir al cedente el cumplimiento de obligaciones. Y entre cedente y cesionario es posible pactar condiciones de responsabilidad frente a la administración.

LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA, expedirá el respectivo documento de aceptación y notificación de la cesión de contrato, suscrito por el Ordenador del Gasto. Si no se autoriza la cesión de contrato, deberá continuarse con la ejecución normal del contrato.

Requisitos para la cesión del contrato o de derechos económicos:

a. Tanto la cesión de derechos económicos como la del contrato, debe estar prevista en el contrato.
b. EL CONTRATISTA debe presentar la solicitud de aceptación de la cesión indicando los motivos de la misma (bien sea del contrato, como de los derechos económicos), acompañándola de los siguientes documentos:
    1) el contrato de cesión de contrato o de derechos económicos, debidamente firmado por cedente y cesionario. Para el caso de Cesión de Derechos Económicos con indicación expresa de los valores correspondientes a la cesión, especificando si la cesión obedece al contrato principal y/o adicional y aceptación por parte del cesionario de los descuentos de ley que apliquen.
    2) El Acta de Junta de Socios o documento consorcial (si aplica), en donde se autorice al Representante para efectuar la cesión
    3) El Certificado de existencia y representación legal del cedente y del cesionario (para personas jurídicas) o certificado de inscripción como persona natural, expedido por la respectiva Cámara de Comercio
    4) Certificación bancaria con indicación expresa del número de cuenta y beneficiario en donde se deben consignar los valores de la cesión.

c. El CONTRATISTA debe haber cumplido a satisfacción la contraprestación a que esté obligado o debe estar al día con la ejecución.
d. Publicación del contrato modificatorio de la cesión de contrato en el SECOP II (No aplica para la cesión de derechos económicos)
e. Modificación de todas las garantías cuando se trate de cesión de contrato.
f. Acreditación por parte del cesionario del cumplimiento del pago al sistema general de seguridad social integral y parafiscal, cuando se trate de cesión de contrato.
g. Acreditación por parte del cedente del cumplimiento del pago al sistema general de seguridad social integral y parafiscal, cuando se trate de cesión de derechos económicos.

LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA, expedirá el respectivo documento de aceptación y notificación de la cesión de derechos económicos, suscrito por el Ordenador del Gasto. Si no se autoriza la cesión de derechos económico, deberá surtirse el trámite normal de pago al CONTRATISTA.

Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA de la misma y solicitar su consentimiento.

Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato electrónico. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, la Entidad Estatal contratante puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control.

Cláusula 6 - Caso Fortuito y Fuerza Mayor

Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del contrato, cuando la demora sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor o caso fortuito debidamente invocados y constatados de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana, salvo que el evento de fuerza mayor o caso fortuito haya ocurrido estando en mora la parte que invoca el evento de caso fortuito o la fuerza mayor. La ocurrencia del evento de fuerza mayor o caso fortuito debe ser comunicado el día de la ocurrencia del evento o a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de ocurrencia del mismo.

Si dentro del día hábil siguiente a la ocurrencia del evento de fuerza mayor o caso fortuito, el cual ha sido aceptado por la parte a quien le fue invocado, no se han superado sus efectos las partes convendrán un plazo de suspensión del término del contrato mientras se supera la situación.

Cláusula 7 – Solución de Controversias

Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el mismo, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra parte la existencia de una diferencia y la explique someramente.

En caso de existir acuerdo, se levantará un acta donde conste lo acordado y será de obligatorio cumplimiento. Dicho acuerdo presta mérito ejecutivo y en consecuencia, cualquiera de las Partes puede exigir su cumplimiento en un proceso ejecutivo.

Si subsiste el conflicto el mecanismo para solucionarlo será escogido dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Para dicha escogencia se tendrán en cuenta la Resolución de Delegación vigente, las características y condiciones especiales de cada conflicto, a fin de evitar dilaciones injustificadas que afecten la ejecución del contrato.

Cláusula 8 - Documentos del Contrato

Forman parte integrante del presente contrato los siguientes documentos:

a. Invitación Pública a participar, sus anexos, adendas y formularios
b. Las especificaciones técnicas
c. La propuesta del CONTRATISTA.
d. La oferta económica del CONTRATISTA

Cláusula 9 - Requisitos de Perfeccionamiento y Ejecución

El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción de la aceptación de la oferta por parte de la entidad en el SECOP II y para su ejecución se requiere de la expedición del respectivo registro presupuestal, de la publicación en el SECOP II por parte del CONTRATISTA de los mecanismos de cobertura del riesgo y aprobación de los mismos por parte del MINISTERIO.

Cláusula 10 - Supervisión Técnica, Administrativa y Financiera

La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista estará a cargo de:

DESIGNACIÓN	GRADO Y NOMBRE	DEPENDENCIA
Supervisor Principal del Contrato	T4. PEREZ TORO INGRITH MARCELA	DEDHU CACOM-1
Supervisor Suplente del Contrato	AT. HINCAPIE VILLANUEVA YIRETH DANIELA	

Quienes además de ejercer las funciones señaladas en el **artículo 4 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2011 los artículos 44, 83, 84, 86 y 118 de la Ley 1474 de 2011** (Anticorrupción) deben cumplir las funciones señaladas en la Resolución No. 001 del proceso contractual o la que la modifique o reemplace, así como las demás que surjan por la naturaleza del contrato.

El Supervisor deberá anexar al expediente contractual las actas, acuerdos, informes, y demás documentos que se produzcan durante la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO: LIMITACIONES DEL SUPERVISOR: El supervisor no estará facultado, en ningún momento, para adoptar decisiones que impliquen la modificación de los términos y condiciones previstos en la aceptación de la oferta, las cuales únicamente podrán ser adoptadas por los representantes legales de las partes, mediante la suscripción de un modificatorio a la aceptación de oferta.

Cláusula 11 - Actividades específicas del Contrato

Conforme anexo especificaciones técnicas – documentos del contrato publicados en la plataforma SECOP II

Cláusula 12 - Notificaciones

Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deben hacer en desarrollo del presente contrato deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas solo si son realizadas por medio del SECOP II.

Cláusula 13 - Anexos del Contrato

Este documento hace parte integral del contrato electrónico del SECOP II, así como los demás documentos publicados en el SECOP II (Estudios Previos, Invitación Pública, adendas, oferta del contratista).
Igualmente, dentro del contrato electrónico en la opción 5 – documentos del contrato se deberá cargar los siguientes anexos:

- Anexo del clausulado
- Anexo especificaciones técnicas
- RUT
- Certificación bancaria
- Valoración Oferta Económica

Garantías.

CLASE DE AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA	
			DESDE	HASTA
Cumplimiento del Contrato	**$15.600.000.00**	**20%**	**14/04/2025**	**30/04/2026**
Pago de salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones Laborales	**$3.900.000.00**	**5%**	**14/04/2025**	**14/12/2028**

En la caratula de la póliza deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato y el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenidas, y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de EXCUSION.

Cumplimiento del contrato: Para garantizar a la Entidad la cobertura de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial del contratista respecto de sus obligaciones contractuales, así como de su cumplimiento tardío o defectuoso y el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria pactadas.

Calidad y correcto funcionamiento de los bienes: Este amparo debe cubrir la calidad y el correcto funcionamiento de los bienes que recibe la Entidad Estatal en cumplimiento de un contrato

Intervinientes:

Asegurado/Beneficiario: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA- COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 con NIT. 800.141.624-2

Tomador: El contratista deberá tener la calidad de tomador

La póliza debe contener como mínimo la siguiente información:

- Número y año del contrato
- Objeto del contrato
- Firma del representante legal del Contratista

El proponente debe adjuntar el clausulado de la póliza de cumplimiento debidamente suscrito por el representante legal o quien esté presentando la propuesta

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.	SMLMV	VIGENCIA
Póliza de responsabilidad civil para los profesionales dela salud.	200 SMLMV	Desde la firma electrónica del contrato en SECOP II, durante el plazo de ejecución.

RESPONSABILIDAD PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El hecho de desarrollar una actividad profesional, en una sociedad cada vez más exigente y competitiva, lleva aparejado el nacimiento de importantes responsabilidades para los profesionales. El mejor profesional no está libre de recibir reclamaciones, por el solo hecho de desarrollar su actividad. La Garantía de Responsabilidad Civil para Profesionales de la Salud cubre los perjuicios derivados de la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado, por lesiones personales y/o muerte que se ocasionen a terceros, en hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza y causados directamente por un servicio médico, quirúrgico, dental o de laboratorio clínico, legalmente habilitado para ejercer y dentro de los predios del asegurado legalmente habilitados para ejercer y especificados en la póliza.

Este amparo cubrirá a la entidad de eventuales reclamaciones de terceros derivados de la responsabilidad para profesionales de la salud que surja de las actuaciones, hechos u omisiones del contratista por 200 SMMLV.

La póliza debe contener como mínimo la siguiente información:

- Número y año del contrato
- Objeto del contrato
- Firma del representante legal del Contratista

NOTA: En todo caso, el contratista deberá realizar la actualización de las vigencias una vez se reciba a satisfacción final y entregarla al supervisor, y en el evento en que se realicen modificaciones o prorrogas al contrato garantizado.

1. **Respecto de la Facturación Electrónica:**

- De conformidad con la Directiva Presidencial 9 de 2020, el contratista deberá registrar el correo siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co como receptor único de las facturas emitidas a nombre del COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1. Adicionalmente, deberá ddiligenciar en la sección ***Notas Finales u Observaciones*** de la Factura Electrónica, Nota Crédito o Nota Debito los siguientes datos tal cual como se indica (incluyendo signos): **#$15-01-05-003; número del contrato; correo supervisor#$**
- En caso de que el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, tenga la posibilidad de definir el asunto del correo remisorio de los documentos electrónicos al adquiriente, deberá registrar los siguientes datos en el asunto (incluyendo signos): **15-01-05-003; número del contrato; correo supervisor**

- **Nota 1:** En el evento en que el presupuesto contractual esté compuesto por dos recursos diferentes, entiéndase (R10 ó R16), se deberá expedir factura por cada uno de ellos.
- **Nota 2:** Tener presente la naturaleza del contratista, si es persona natural o jurídica según sea el caso y registrar los datos de facturación con la calidad correcta ya que de lo contrario la factura puede ser susceptible de rechazo.

Lo anterior so pena de que el Departamento Financiero de la Entidad no pueda realizar las erogaciones respectivas para los pagos correspondientes.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1

RUBRO A-02-02-02-009-003-01 REC 10 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES. – PRESUPUESTO: $78.000.000.00

Ítem	Descripción	Cantidad
1	Examen médico ocupacional con énfasis en riesgo osteomuscular (Ingreso, periódico y retiro)	1
2	Examen médico ocupacional con énfasis en alturas y concepto de aptitud	1
3	Examen médico ocupacional con concepto de aptitud manipulación de alimentos	1
4	Examen post-incapacidad y/o de reintegro	1
5	Evaluación psicológica ocupacional (Mas psicosensométricos para conducción)	1
6	Evaluación psicológica ocupacional	1
7	Examen optométrico (ingreso, periódico y retiro)	1
8	Audiometría de tamizaje (Ingreso, periódico y retiro)	1
9	Espirometría	1
10	Electrocardiograma (En trabajador mayor de 50 años o con patología cardiovascular)	1
11	KOH de uñas de las manos	1
12	Frotis faríngeo	1
13	Coprológico	1
14	Glicemia central	1
15	Perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos, HDL, LDL)	1
16	Cuadro hemático (Mínima de cuarta generación)	1
17	Plomo en sangre	1
18	Parcial de orina, GOT, GTP	1
19	Prueba de embarazo (Cualitativa en sangre), solo aplica para cargos críticos	1
20	Vacuna contra Hepatitis A (Refuerzo cada cinco años)	1
21	Vacuna contra fiebre tifoidea (Refuerzo cada tres años)	1
22	Vacuna contra rabia (Refuerzo cada tres años)	1

Obligaciones Generales y Particulares del Futuro Contratista.

- El contratista se obliga a garantizar la logística correspondiente para realizar los exámenes médicos ocupacionales en una IPS o centro Clínico certificado ubicado en Puerto Salgar- Cundinamarca o en la Dorada- Caldas.

- El contratista se obliga a establecer el procedimiento para toma y recepción de muestras, medios de conservación, transporte y entrega oportuna de resultados, garantizando el cumplimiento de las normas técnicas establecidas para este procedimiento.

- El supervisor del contrato realizará una visita antes de dar inicio a la ejecución (suscripción del acta de inicio) y durante la ejecución del contrato, con el fin de verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas que exige el contrato respecto a la verificación de la IPS o centro clínico certificado donde se realizarán los exámenes médicos, el cual debe corresponder al acreditado por el proponente con la presentación de su oferta.

- Si por alguna razón se hace necesario el ingreso del personal del contratista, la solicitud se realizará por escrito de acuerdo con los requisitos establecidos en la UMA y deberá ser cargada por la plataforma SECOP II dirigida al supervisor del contrato.

- El contratista deberá asignar un responsable, con el fin de establecer contacto para coordinar la ejecución del servicio, para lo cual se deberá suministrar al Supervisor del Contrato al momento de realizar el Acta de Inicio del Contrato: el nombre del responsable, No. celular y correo electrónico.

- Adoptar las medidas de bioseguridad establecidas en la Resolución 350 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social en donde se garantice que la prestación de los servicios médicos cumpla con lo requerido para controlar, y prevenir el Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público, en donde es responsabilidad del contratista proteger la integridad de sus funcionarios y de los pacientes.

- Suministrar el Registro Especial de Prestadores y Sedes de Servicios de Salud durante la reunión de inicio del proceso, dejando constancia del cumplimiento en el acta de inicio.

- Suministrar la hoja de vida de los médicos y profesionales que participarán en la ejecución del contrato relacionar y adjuntar en el acta de inicio y relacionar en cada informe de supervisión mensual, quienes deberán cumplir con los requisitos exigidos en la ficha técnica: Fotocopia del diploma o acta de grado, tarjeta profesional con la respectiva fecha de expedición, licencia en salud ocupacional según sea el caso, cédula de ciudadanía, certificados expedidos por las empresas para las que laboró expresando la fecha de ingreso y retiro y las funciones o labor a su cargo que acrediten la experiencia exigida.

- Contar con la disponibilidad de los equipos requeridos para la realización de todos los exámenes, personal idóneo, y de la logística para atender la totalidad de los servicios requeridos.
- Prestar el servicio con agilidad y calidad, a través del agendamiento de citas, sin demoras ni aplazamientos.
- La ejecución debe programarse en horario laboral de lunes a viernes de 07:30 a 12:30 y de 14:00 a 17:00 horas previa coordinación con el supervisor del contrato, para lo cual el contratista deberá prever la logística necesaria para llevar a cabo la prestación del servicio.
- Proveer a su costo todos los bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de los objetivos del contrato.
- Mantener la reserva y la confidencialidad. El contratista, excepto previo consentimiento por escrito del Contratante no podrá revelar en ningún momento a cualquier persona o entidad ninguna información confidencial adquirida en el curso de la prestación de los servicios
- Disponer de los recursos médicos y técnicos para la realización de los exámenes en Puerto Salgar en Cundinamarca o en la Dorada Caldas, Incluyendo el Traslado de personal médico, equipos e insumos necesarios para la realización de los exámenes descritos en la presente ficha técnica.
- De ser necesario los exámenes complementarios y de laboratorio, deberán programarse con anterioridad a la valoración con el médico ocupacional.
- Garantizar que el funcionario citado para realizar el examen médico, pueda ejecutar todos los exámenes con el fin que no deba regresar al centro médico certificado o IPS.

- El contratista con anterioridad a la realización de los respectivos exámenes debe informar a la entidad los requisitos y/o condiciones generales que deben cumplir los funcionarios para la realización de los exámenes médicos ocupacionales

- El contratista expedirá los respectivos certificados de aptitud de todos los funcionarios que se les practiquen los laboratorios y exámenes descritos en el profesiograma donde se relacionan los exámenes a ejecutar máximo 8 días después de la realización.
- El contratista entregará al supervisor del contrato un informe diagnóstico de salud, tal como lo indica el Artículo 18 de la "Resolución 2346 de 2007", el cual se adjunta a continuación: ARTÍCULO 18. DIAGNÓSTICO DE SALUD. "Toda persona natural o jurídica que realice evaluaciones médicas ocupacionales de cualquier tipo, deberá entregar al empleador un diagnóstico general de salud de la población trabajadora que valore", el cual se utilizará para el cumplimiento de las actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, de conformidad con lo establecido por el artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya. El diagnóstico de salud debe comprender como mínimo, lo siguiente:

1. Información socio demográfica de la población trabajadora (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico).
2. Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales.
3. Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.
4. Sintomatología reportada por los trabajadores.
5. Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicos complementarias a los exámenes físicos realizados.
6. Diagnósticos encontrados en la población trabajadora.
7. Análisis y conclusiones de la evaluación.
8. Recomendaciones.

Por lo anterior y una vez finaliza la práctica de los exámenes médicos ocupacionales periódicos, se dará un tiempo prudencial de **15 días hábiles** para que sea entregado el correspondiente Diagnóstico de Salud, Sin embargo, este término no podrá exceder el plazo de ejecución del contrato, toda vez que debe ser entregado antes de la suscripción del recibo a satisfacción de los servicios prestados.

Para el presente proceso se suministrará el formato de historia clínica ocupacional de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, para que el contratista que realice los exámenes médicos ocupacionales lo diligencie en su totalidad.

Dentro de los requisitos contractuales para el desarrollo del presente objeto, se encuentra, que:

El requerimiento del Médico Laboral de la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo de la FAC, donde el contratista proporcionará la base de datos de los exámenes médicos ocupacionales realizados en el CACOM-1, con el fin de adelantar y alimentar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

- El contratista atenderá durante la vigencia del contrato todas las recomendaciones que efectúe la Unidad por medio del supervisor del contrato y que se consideren pertinentes para la adecuada ejecución del objeto contractual.

- En el evento que exista cambio de alguno de los profesionales propuestos en la oferta, el CONTRATISTA deberá informar al supervisor del contrato mediante oficio o correo electrónico oficial de la empresa, allegando la hoja de vida del nuevo profesional propuesto, quien deberá cumplir con los requisitos exigidos en la ficha técnica: Fotocopia del diploma o acta de grado, tarjeta profesional con la respectiva fecha de expedición, licencia en salud ocupacional según sea el caso, cédula de ciudadanía, certificados expedidos por las empresas para las que laboró expresando la fecha de ingreso y retiro y las funciones o labor a su cargo que acrediten la experiencia exigida.

- El contratista deberá contar con la disposición y puntualidad del personal asistencial requerido para realizar los exámenes necesarios.

- El contratista debe informar por escrito al personal civil que presente algún tipo de recomendación médica.

- De conformidad con la Directiva Presidencial 9 de 2020, a partir del 1º de abril de 2021 todos los proveedores obligados a facturar electrónicamente deberán registrar el siguiente correo electrónico:

siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co como receptor único de las facturas emitidas a nombre de éstas, con el fin de que las envíen automáticamente, junto con el contenedor electrónico - Documento Zip (PDF, XML), para efectuar la correspondiente validación ante la DIAN.

- El contratista cuenta hasta con tres (03) días hábiles posterior a la suscripción del acta de recibo a satisfacción de bienes y servicios, para entregar en debida forma la factura y todos los documentos requeridos para el trámite de pago. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020

- La Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al CONTRATISTA cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

- Una vez aprobada la factura por parte del Supervisor, el Contratista deberá cargarla en la plataforma SECOP II, de acuerdo a los manuales establecidos por Colombia Compra Eficiente.

Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión

3.1.2.1.1 Sistema de gestión de la calidad.

No aplica.

3.1.2.1.2 Seguridad física y de la información.

El contratista debe garantizar la cadena de custodia de las muestras recolectadas tanto en el almacenamiento y transporte garantizando las condiciones higiénico sanitarias y temperaturas de ambiente adecuados hasta su entrega en el laboratorio para el análisis.

Para la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas y de las historias clínicas ocupacionales, el contratista se deberá ceñir a lo dispuesto en el artículo 2 de la Resolución No. 1918 del 5 de junio de 2009, que modificó el artículo 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se deberá garantizar igualmente su confidencialidad, conforme lo establece el artículo 16 de la Resolución 2346 de 2007.

Igualmente, la responsabilidad de la conservación de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme las normas legales vigentes.

El contratista deberá respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y solo remitirá al contratante el Certificado Médico de aptitud en físico y digital con el informe de condiciones de salud de los trabajadores, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiera para que el trabajador pueda desempeñar adecuadamente sus funciones, con la respectiva constancia de recibo del trabajador.

3.1.2.1.3 Seguridad y salud en el trabajo.

El contratista debe garantizar para el presente contrato el cumplimiento del protocolo de bioseguridad para lo cual será responsable de la dotación necesaria para el personal involucrado en este proceso, incluyendo los elementos de protección con el fin de contrarrestar la propagación del COVID-19 durante la ejecución del presente proceso. Por lo anterior, se debe cumplir con lo establecido en las Resoluciones y Decretos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El contratista deberá garantizar el cumplimiento del pago a sus empleados referente al sistema de seguridad social integral y entregar soportes de afiliación y/o las respectivas planillas del pago de la seguridad social.

3.1.2.1.4 Gestión ambiental.

El contratista se compromete a ejecutar las actividades contratadas, sin generar riesgo alguno para la salud humana, la seguridad o el medio ambiente.

3.1.2.1.5 Compras públicas sostenibles con el ambiente y socialmente responsables.

MODIFICATORIO No. 1 DE REDUCCIÓN A LA ACEPTACIÓN DE OFERTA ELECTRONICA No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1 – NIT. 800.141.624-2 y la empresa FISIO HEALTH S.A.S. – NIT. 900.790.887-9

Entre los suscritos: El señor coronel **JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ**, mayor de edad, domiciliado en Puerto Salgar Cundinamarca, identificado con cédula de ciudadanía **No. 94.533.020** expedida en Cali Valle del Cauca, debidamente facultado mediante la Resolución No. 472 del la Fuerza Aeroespacial Colombiana de fecha 08 de julio 2025, para adelantar procesos de contratación en cuantía de 0 a 5.000 S.M.L.M.V, actuando en nombre y representación de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA –COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, con NIT. 800.141.624-2, quien para los efectos del presente contrato se denomina LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA – CACOM-1 o **Entidad Estatal contratante**, por una parte; en adelante **EL MINISTERIO**, **ACEPTA** de manera expresa e incondicional la oferta presentada por la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, en adelante **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el PRIMER MODIFICATORIO referido en REDUCCIÓN PRESUPUESTAL, en los términos indicados en las siguientes consideraciones:

a) Que en la actualidad se encuentra vigente y en ejecución la aceptación de oferta **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025** cuyo objeto es ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL DEL CACOM 1,*** de acuerdo a lo establecido y aprobado por las partes en la página del SECOP II el día 14 de abril de 2025, celebrado entre LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1, con NIT 800.141.624-2, y la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, por el valor de **SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($78.000.000.00) M/CTE**., el cual tiene fecha máxima de ejecución **hasta el 14 de noviembre de 2025.**

b) Que el contrato bilateral en términos generales es un acuerdo de voluntades, mediante el cual las partes contratantes se obligan recíprocamente y manifiestan su consentimiento, es por ende susceptible de ser modificado, adicionado y prorrogado por las mismas partes. Los contratos estatales pueden ser modificados cuando sea necesario para lograr su finalidad y en aras de la realización de los fines del Estado, a los cuales sirve el contrato. Así lo prevén por ejemplo los artículos 14 y 16 de la ley 80, los cuales facultan a las entidades contratantes a modificar los contratos de común acuerdo o de forma unilateral, para "(…) evitar la paralización o la afectación grave de los servicios públicos a su cargo y asegurar la inmediata, continua y **adecuada prestación",** entre otros.

c) Que con fecha 06 de octubre de 2025, la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato, mediante oficio **No. FAC-S-2025-037430-CE MDN-CGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SETSS**, solicita de manera atenta, y en calidad de supervisora principal, me permito dirigir la presente comunicación a la señora **PAOLA ANDREA PÉREZ JIMÉNEZ**, representante legal de la empresa **IPS FISIOHEALTH S.A.S,** con el fin de manifestar la necesidad de realizar una modificación al valor total del contrato suscrito entre el Comando Aéreo de Combate N.º 1 (CACOM-1) y FISIOHEALTH S.A.S, identificado con el número **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, con fecha de inicio 14 de abril de 2025.
Esta Modificación obedece a que, a la fecha, se ha cumplido con el 100% de los exámenes médicos ocupacionales programados para el personal orgánico del CACOM-1. No obstante, teniendo en cuenta el proceso actualmente en curso con la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC), se considera necesario dejar un saldo disponible que permita cubrir exámenes médicos de ingreso, retiro y post-incapacidad, que puedan presentarse durante el resto de la vigencia contractual. A la fecha, se ha ejecutado un valor de **cincuenta y siete millones cuatrocientos cincuenta mil pesos ($57.450.000).** En consecuencia, se propone ajustar el valor del contrato a setenta y siete millones quinientos mil pesos ($77.500.000), en comparación con el valor inicialmente pactado de setenta y

ocho millones de pesos ($78.000.000). De este nuevo valor, se dejaría un saldo a favor de quinientos mil pesos ($500.000), destinado a la atención de eventuales requerimientos relacionados con la CNSC y exámenes post-incapacidad. **En consecuencia, el valor total a reducir es de veinte millones cincuenta mil pesos ($20.050.000.00) M/CTE**. La modificación solicitada se llevará a cabo conforme a lo estipulado en la cláusula de modificaciones del contrato y en cumplimiento de la normatividad contractual vigente, garantizando en todo momento el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la calidad del servicio prestado.

d) Que con fecha 06 de octubre de 2025, la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, envía oficio S/N a la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato solicita aceptar la REDUCCION presupuestal por el Cierre de Vigencia 2025, al contrato. No **042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES COMO IPS, para sus colaboradores.

Anexo balance del contrato;

CONTRATO No. 042-00-D-CACOM- 1-DEDHU-2025	**FECHA**	**VALOR**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**14 de abril de 2025.**	**$78.000.000**
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO	**06 DE OCTUBRE DE 2025**	**$57.450.000**
SALDO POR EMPLEAR	**14 DE NOVIEMBRE DE 2025**	**$500.000**
VALOR A REDUCIR	**25 DE SEPTIEMBRE DE 2025**	**$20.050.000**

Se acepta **REDUCCIÓN** presupuestal por el cierre de vigencia 2025, y por ser esta entidad pública no podemos quedar con saldo en los contratos para el año 2026. Por lo anterior, como Representante Legal considero viable que las partes de mutuo acuerdo celebren una modificación al contrato **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025** por medio del cual se procederá a REDUCIR el valor de **VEINTE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($20.050.000) M/CTE.,** al valor inicial del contrato.

e) Que con fecha 06 de octubre de 2024, la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato mediante oficio No. **FAC-S-2024-194214-CL-MDN-CGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SETSS**, solicita al señor **coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ**, Segundo comandante y ordenador del gasto CACOM-1, autorice la reducción presupuestal al contrato **VEINTE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($20.050.000) M/CTE.,** al contrato **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025** cuyo objeto es ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL DEL CACOM 1, de acuerdo al siguiente cuadro:***

CONTRATO No. 042-00-D-CACOM- 1-DEDHU-2025	**FECHA**	**VALOR**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**14 de abril de 2025.**	**$78.000.000**
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO	**06 DE OCTUBRE DE 2025**	**$57.450.000**
SALDO POR EMPLEAR	**14 DE NOVIEMBRE DE 2025**	**$500.000**
VALOR A REDUCIR	**25 DE SEPTIEMBRE DE 2025**	**$20.050.000**

f) Que con base en lo anteriormente expuesto el señor coronel **JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ,** Ordenador del Gasto de CACOM-1, **AUTORIZA** la **respectiva reducción de VEINTE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($20.050.000) M/CTE** y ordena al Departamento de Compras Públicas realizar las siguientes modificaciones así:

Cláusula 1 - Forma de pago y apropiación presupuestal

El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las siguientes apropiaciones presupuestales:

IMPUTACION PRESUPUESTAL								DESCRIPCIONDEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL	CDP No.
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJG PROY	ORD SPRY	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM	REC			
02	02	02	009	003	01		10	Servicios de Salud Humana	$57.950.000.00	**3225 DE FECHA 14-01-2025**
								Sub Total Recurso 10	**$57.950.000.00**	
								TOTAL OFERTA	**$57.950.000.00**	

FORMA DE PAGO:

Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados **hasta el 14 de noviembre de 2025**, **se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026,** hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.

Valor del contrato:

Reducidos los recursos de que trata la cláusula primera de este documento, se tiene que el nuevo valor del contrato es: **CINCUENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($57.950.000.00) M/CTE.**

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato **hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.**

FECHA DE CORTE	FECHA DE PAGO	VALOR
14 DE NOVIEMBRE DEL 2025	PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025	DE ACUERDO A FACTURACION SIN

	(pagaderas en el primer bimestre del 2026)	SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO

Previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Cláusula Tres - Anexos del modificatorio

Se incorporan los documentos que soportan la modificación número uno al contrato de prestación de servicios **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**.

Cláusula Cuatro - Vigencia de las demás estipulaciones

Continúan vigentes los demás términos y condiciones del contrato electrónico de compraventa **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, suscrito el 14 de abril de 2025.

Para constancia, se firma electrónicamente en plataforma del SECOP II

MODIFICATORIO No. 2 DE ADICIÓN A LA ACEPTACIÓN DE OFERTA ELECTRONICA No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1 – NIT. 800.141.624-2 y la empresa FISIO HEALTH S.A.S. – NIT. 900.790.887-9

Entre los suscritos: El señor coronel **JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ**, mayor de edad, domiciliado en Puerto Salgar Cundinamarca, identificado con cédula de ciudadanía **No. 94.533.020** expedida en Cali Valle del Cauca, debidamente facultado mediante la Resolución No. 472 de la Fuerza Aeroespacial Colombiana de fecha 08 de julio 2025, para adelantar procesos de contratación en cuantía de 0 a 5.000 S.M.L.M.V, actuando en nombre y representación de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA –COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, con NIT. 800.141.624-2, quien para los efectos del presente contrato se denomina LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA –CACOM-1 o **Entidad Estatal contratante**, por una parte; en adelante **EL MINISTERIO**, **ACEPTA** de manera expresa e incondicional la oferta presentada por la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, en adelante **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el PRIMER MODIFICATORIO referido en REDUCCIÓN PRESUPUESTAL, en los términos indicados en las siguientes consideraciones:

a) Que en la actualidad se encuentra vigente y en ejecución la aceptación de oferta **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025** cuyo objeto es ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL DEL CACOM 1,*** de acuerdo a lo establecido y aprobado por las partes en la página del SECOP II el día 14 de abril de 2025, celebrado entre LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1, con NIT 800.141.624-2, y la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, por el valor de **CINCUENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($57.950.000.00) M/CTE**., el cual tiene fecha máxima de ejecución **hasta el 14 de noviembre de 2025.**

b) Que con fecha 10 de octubre de 2025, se aprueba en plataforma SECOP II el primer Modificatorio, en el sentido de REDUCIR la suma de $20.050.000.00, al contrato, dejando un saldo a favor de quinientos mil pesos ($500.000), destinado a la atención de eventuales requerimientos relacionados con la CNSC y exámenes post-incapacidad, a solicitud de la supervisión, con la aprobación del contratista y AUTORIZADO por el señor coronel ordenador del gasto CACOM-1.

c) Que el contrato bilateral en términos generales es un acuerdo de voluntades, mediante el cual las partes contratantes se obligan recíprocamente y manifiestan su consentimiento, es por ende susceptible de ser modificado, adicionado y prorrogado por las mismas partes. Los contratos estatales pueden ser modificados cuando sea necesario para lograr su finalidad y en aras de la realización de los fines del Estado, a los cuales sirve el contrato. Así lo prevén por ejemplo los artículos 14 y 16 de la ley 80, los cuales facultan a las entidades contratantes a modificar los contratos de común acuerdo o de forma unilateral, para "(…) evitar la paralización o la afectación grave de los servicios públicos a su cargo y asegurar la inmediata, continua y **adecuada prestación",** entre otros.

d) Que con fecha 13 de noviembre de 2025, la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato, mediante oficio **No. FAC-S-2025-042333-CE-MDN-CGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SETSS**, de manera atenta, y en mi calidad de supervisora principal, me permito dirigir la presente comunicación a la señora Paola Andrea Pérez Jiménez, representante legal de la **IPS FISIOHEALTH S.A.S**., con el fin de manifestar la necesidad de realizar una modificación al valor total del contrato suscrito entre el Comando Aéreo de Combate No. 1 (CACOM-1) y la empresa **FISIOHEALTH**

S.A.S., identificado con el número **042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, con fecha de inicio 14 de abril de 2025, proponiendo una adición por valor de $5.259.000.

CONTRATO No. 042-00-D-CACOM- 1-DEDHU-2025	**VALOR**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**$57.950.000.00**
VALOR A ADICIONAR	**$5.259.000.00**
NUEVO VALOR DEL CONTRATO	**$63.209.000.00**

La presente solicitud se fundamenta en la necesidad de realizar exámenes médicos ocupacionales al personal militar y civil participante en el curso de trabajo en alturas, actividad que no fue contemplada inicialmente dentro del alcance contractual. Dicho curso fue autorizado por el SENA Regional Villeta y se llevará a cabo en las instalaciones del Comando Aéreo de Combate No. 1 durante el mes de noviembre, constituyendo un requerimiento imprevisto dentro del desarrollo del contrato.

La modificación solicitada se llevará a cabo conforme a lo estipulado en la cláusula de modificaciones del contrato y en cumplimiento de la normatividad contractual vigente, garantizando en todo momento el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la calidad del servicio prestado.

Se recuerda que una vez suscrita la adición en el SECOP II, el contratista debe modificar las garantías contractuales.

e) Que con fecha 13 de noviembre de 2025, la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, mayor de edad y domiciliada en La Dorada Caldas, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.175.670** expedida en La Dorada Caldas, actuando como representante legal de la empresa **FISIO HEALTH S.A.S**. **– NIT. 900.790.887-9**, envía oficio S/N a la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato donde acepta la ADICIÓN presupuestal al contrato. No **042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES.

De manera atenta, yo, **PAOLA ANDREA PÉREZ JIMÉNEZ**, en mi calidad de representante legal de la **IPS FISIOHEALTH S.A.S**., me permito responder a la comunicación radicado No FAC-S-2025-042333-CE, recibida el 13 de noviembre de 2025, aceptando formalmente la solicitud de modificación contractual propuesta, consistente en la adición de un valor de $5.259.000 al contrato **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, resultando un valor total modificado de $63.209.000.00

Esta aceptación se fundamenta en el cumplimiento de la cláusula de modificaciones del contrato y en la necesidad de realizar exámenes médicos ocupacionales para el personal militar y civil participante en el curso de trabajo en alturas, autorizado por el SENA Regional Villeta, actividad imprevista contemplada en la solicitud.

Nos comprometemos a modificar las garantías contractuales una vez suscrita la adición en el SECOP II, conforme a lo estipulado. Quedamos atentos para proceder con la elaboración y suscripción del respectivo otrosí que formalice esta modificación.

f) Que con fecha 13 de noviembre de 2025, la señorita **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, supervisora principal del contrato mediante oficio No. **FAC-S-2025-220383-CL-MDN-CGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SETSS**, solicita al señor **coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ**, Segundo comandante y ordenador del gasto CACOM-1, autorice la **ADICIÓN PRESUPUESTAL** al contrato **No. 042- 00-D-CACOM1-DEDHU-2025**, por un valor de **cinco millones doscientos cincuenta y nueve mil pesos ($5.259.000) M/CTE.,** La presente solicitud se fundamenta en la necesidad de realizar exámenes médicos ocupacionales al personal militar y civil participante en el curso de trabajo en alturas, actividad que no fue contemplada inicialmente dentro del alcance contractual. Dicho curso fue autorizado por el SENA Regional Villeta y se llevará a cabo en las instalaciones del Comando Aéreo de Combate No. 1 durante el mes de noviembre, constituyendo un requerimiento imprevisto dentro del desarrollo del contrato.

La adición propuesta permitirá atender oportunamente este requerimiento, garantizando el cumplimiento de los objetivos contractuales y el acatamiento de las normas vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo, en concordancia con las políticas institucionales de bienestar y prevención de riesgos laborales.

CONTRATO No. 042-00-D-CACOM- 1-DEDHU-2025	**VALOR**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**$57.950.000.00**
VALOR A ADICIONAR	**$5.259.000.00**
NUEVO VALOR DEL CONTRATO	**$63.209.000.00**

g) Que con base en lo anteriormente expuesto el señor coronel **JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ,** Ordenador del Gasto de CACOM-1, **AUTORIZA** la **respectiva ADICIÓN PRESUPUESTAL de cinco millones doscientos cincuenta y nueve mil pesos ($5.259.000**) **M/CTE** y ordena al Departamento de Compras Públicas realizar las siguientes modificaciones:

Cláusula 1 - Forma de pago y apropiación presupuestal

El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las siguientes apropiaciones presupuestales:

IMPUTACION PRESUPUESTAL								**DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO**	**VALOR TOTAL**	**CDP No.**
CTA PROG	**SUBC SUBP**	**OBJG PROY**	**ORD SPRY**	**SUB ORD**	**ITEM**	**SUB ITEM**	**REC**			
02	02	02	009	003	01		10	Servicios de Salud Humana	$63.209.000.00	**3225 DE FECHA 14-01-2025**
								Sub Total Recurso 10	**$63.209.000.00**	
								TOTAL OFERTA	**$63.209.000.00**	**Modificado 13-11-2025**

PRODUCTO	DOCUMENTO EN QUE SE INCLUYE		CERTIFICADO	
	Plan de Compras	Plan de Inversión	N°	Fecha
PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POS INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1	X		2025 - CACOM 100040	13-11-2025

		VALOR INICIAL	VALOR ADICIÓN	TOTAL
CDP No.	3225	$57.950.000	$5.259.000	$63.209.000
FECHA	14-01-2025 Modificado 13-11-2025			
RUBRO	A-02-02-02-009-003			
Autorización V. F.	N/A	N/A	N/A	N/A
FECHA	DD-MM-AAAA			
RUBRO				

		VALOR INICIAL	VALOR ADICIÓN	TOTAL
CRP No.	108625	$57.950.000	$5.259.000	$63.209.000
FECHA	15-04-2025			
RUBRO	A-02-02-02-009-003			

FORMA DE PAGO:

Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados **hasta el 14 de noviembre de 2025**, **se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026,** hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.

Valor del contrato:

Adicionados los recursos de que trata la cláusula primera de este documento, se tiene que el nuevo valor del contrato es: **SESENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL PESOS ($63.209.000.00) M/CTE.**

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato **hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.**

FECHA DE CORTE	FECHA DE PAGO	VALOR
14 DE NOVIEMBRE DEL 2025	PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)	DE ACUERDO A FACTURACION SIN SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO

Previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Cláusula Tres - Garantías

De acuerdo al presente Modificatorio, se requiere modificar las pólizas del contrato, las cuales quedan de acuerdo al siguiente cuadro:

CLASE DE AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA	
			DESDE	HASTA
Cumplimiento del Contrato	**$12.641.800.00**	**20%**	**14/04/2025**	**30/04/2026**
Pago de salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones Laborales	**$3.160.450.00**	**5%**	**14/04/2025**	**14/12/2028**

En la caratula de la póliza deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato y el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenidas, y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de EXCUSION.

Cumplimiento del contrato: Para garantizar a la Entidad la cobertura de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial del contratista respecto de sus obligaciones contractuales, así como de su cumplimiento tardío o defectuoso y el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria pactadas.

Calidad y correcto funcionamiento de los bienes: Este amparo debe cubrir la calidad y el correcto funcionamiento de los bienes que recibe la Entidad Estatal en cumplimiento de un contrato

Intervinientes:

Asegurado/Beneficiario: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA- COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 con NIT. 800.141.624-2

Tomador: El contratista deberá tener la calidad de tomador

La póliza debe contener como mínimo la siguiente información:
- Número y año del contrato
- Objeto del contrato
- Firma del representante legal del Contratista

El proponente debe adjuntar el clausulado de la póliza de cumplimiento debidamente suscrito por el representante legal o quien esté presentando la propuesta

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.	SMLMV	VIGENCIA
Póliza de responsabilidad civil para los profesionales dela salud.	200 SMLMV	Desde la firma electrónica del contrato en SECOP II, durante el plazo de ejecución.

Cláusula Cuatro - Anexos del modificatorio

Se incorporan los documentos que soportan la modificación número uno al contrato de prestación de servicios **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**.

Cláusula Cinco - Vigencia de las demás estipulaciones

Continúan vigentes los demás términos y condiciones del contrato electrónico de compraventa **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, suscrito el 14 de abril de 2025.

Para constancia, se firma electrónicamente en plataforma del SECOP II

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	**Código:**	**DE-DEAJU-FR-009**
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	**Versión N°:**	**05**
		Vigencia:	**12-12-2024**

ACTA DE INICIO BIENES O SERVICIOS	**FECHA 24-04-2025**	**HORA: 15:00**
CONTRATO	**N° 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	14/04/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1.	
VALOR DEL CONTRATO	**$78.000.000.00**	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	**LA DORADA CALDAS**	
CONTRATISTA	**FISIO HEALTH SAS. – NIT. 900.790.887-9**	
INTERVENTOR	**NO APLICA**	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	**T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**	
FORMA DE PAGO	**Primer corte:** Los servicios prestados a partir del acta de inicio **hasta el 20 de junio de 2025**, se pagarán con cargo al PAC del mes de agosto de 2025 de acuerdo a facturación, previa suscripción del Acta de recibo parcial por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes. **Segundo Corte o Corte final:** Los servicios prestados **hasta el 14 de noviembre de 2025**, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.	
PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del **contrato hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra**.	
GARANTIA CONTRACTUAL	Cumplimiento del contrato Valor: $15.600.000,00 Fecha: 30/04/2026 **Póliza No. CMZ-100012605 – Seguros Mundial** Cumplimiento - Pago de salarios Valor: $3.900.000,00 Fecha: 14/12/2028	
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	Responsabilidad civil extra contractual Valor: $455.000.000,00 Fecha: Hasta 21/11/2025 **Póliza No. 25-03-101008532 – Seguros del Estado**	
El día 24 de abril de 2025., en el Comando Aéreo de Combate No.1, se reunieron, la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ** en su condición de contratista, **T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA**, en calidad de Supervisor o interventor, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES***		

MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1., de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

PROFESIONALES PRESTADORES DE SERVICIO IPS FISIOHEALTH LA DORADA		
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
WILINTON JURADO SAAVEDRA	MEDICO GENERAL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	11909
MARIA NUBIA NOVOA	FONOAUDIÓLOGA	8503
YUDI ANDREA LEON	TERAPEUTA RESPIRATORIA	90294
SANDRA CORTEZ	BACTERIOLOGA	10429
CLAUDIA VALLEJO	OPTÓMETRA	CTNPO: 9044.
KATERINE ORTIZ	PSICÓLOGA	188934

Ítem	Descripción	Cantidad
1	Examen médico ocupacional con énfasis en riesgo osteomuscular (Ingreso, periódico y retiro)	1
2	Examen médico ocupacional con énfasis en alturas y concepto de aptitud	1
3	Examen médico ocupacional con concepto de aptitud manipulación de alimentos	1
4	Examen post-incapacidad y/o de reintegro	1
5	Evaluación psicológica ocupacional (Mas psicosensométricos para conducción)	1
6	Evaluación psicológica ocupacional	1
7	Examen optométrico (ingreso, periódico y retiro)	1
8	Audiometría de tamizaje (Ingreso, periódico y retiro)	1
9	Espirometría	1
10	Electrocardiograma (En trabajador mayor de 50 años o con patología cardiovascular)	1
11	KOH de uñas de las manos	1
12	Frotis faríngeo	1
13	Coprológico	1
14	Glicemia central	1
15	Perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos, HDL, LDL)	1
16	Cuadro hemático (Mínima de cuarta generación)	1
17	Plomo en sangre	1
18	Parcial de orina, GOT, GTP	1
19	Prueba de embarazo (Cualitativa en sangre), solo aplica para cargos críticos	1
20	Vacuna contra Hepatitis A (Refuerzo cada cinco años)	1

21	Vacuna contra fiebre tifoidea (Refuerzo cada tres años)	1
22	Vacuna contra rabia (Refuerzo cada tres años)	1

1.1.1 Obligaciones generales y particulares del futuro contratista.

- El contratista se obliga a garantizar la logística correspondiente para realizar los exámenes médicos ocupacionales en una IPS o centro Clínico certificado ubicado en Puerto Salgar- Cundinamarca o en la Dorada- Caldas.
- El contratista se obliga a establecer el procedimiento para toma y recepción de muestras, medios de conservación, transporte y entrega oportuna de resultados, garantizando el cumplimiento de las normas técnicas establecidas para este procedimiento.

- El supervisor del contrato realizará una visita antes de dar inicio a la ejecución (suscripción del acta de inicio) y durante la ejecución del contrato, con el fin de verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas que exige el contrato respecto a la verificación de la IPS o centro clínico certificado donde se realizarán los exámenes médicos, el cual debe corresponder al acreditado por el proponente con la presentación de su oferta.

- Si por alguna razón se hace necesario el ingreso del personal del contratista, la solicitud se realizará por escrito de acuerdo con los requisitos establecidos en la UMA y deberá ser cargada por la plataforma SECOP II dirigida al supervisor del contrato.

- El contratista deberá asignar un responsable, con el fin de establecer contacto para coordinar la ejecución del servicio, para lo cual se deberá suministrar al Supervisor del Contrato al momento de realizar el Acta de Inicio del Contrato: el nombre del responsable, No. celular y correo electrónico.

- Adoptar las medidas de bioseguridad establecidas en la Resolución 350 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social en donde se garantice que la prestación de los servicios médicos cumpla con lo requerido para controlar, y prevenir el Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público, en donde es responsabilidad del contratista proteger la integridad de sus funcionarios y de los pacientes.

- Suministrar el Registro Especial de Prestadores y Sedes de Servicios de Salud durante la reunión de inicio del proceso, dejando constancia del cumplimiento en el acta de inicio.

- Suministrar la hoja de vida de los médicos y profesionales que participarán en la ejecución del contrato relacionar y adjuntar en el acta de inicio y relacionar en cada informe de supervisión mensual, quienes deberán cumplir con los requisitos exigidos en la ficha técnica: Fotocopia del diploma o acta de grado, tarjeta profesional con la respectiva fecha de expedición, licencia en salud ocupacional según sea el caso, cédula de ciudadanía, certificados expedidos por las empresas para las que laboró expresando la fecha de ingreso y retiro y las funciones o labor a su cargo que acrediten la experiencia exigida.
- Contar con la disponibilidad de los equipos requeridos para la realización de todos los exámenes, personal idóneo, y de la logística para atender la totalidad de los servicios requeridos.

- Prestar el servicio con agilidad y calidad, a través del agendamiento de citas, sin demoras ni aplazamientos.
- La ejecución debe programarse en horario laboral de lunes a viernes de 07:30 a 12:30 y de 14:00 a 17:00 horas previa coordinación con el supervisor del contrato, para lo cual el contratista deberá prever la logística necesaria para llevar a cabo la prestación del servicio.
- Proveer a su costo todos los bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de los objetivos del contrato.
- Mantener la reserva y la confidencialidad. El contratista, excepto previo consentimiento por escrito del Contratante no podrá revelar en ningún momento a cualquier persona o entidad ninguna información confidencial adquirida en el curso de la prestación de los servicios
- Disponer de los recursos médicos y técnicos para la realización de los exámenes en Puerto Salgar en Cundinamarca o en la Dorada Caldas, Incluyendo el Traslado de personal médico, equipos e insumos necesarios para la realización de los exámenes descritos en la presente ficha técnica.
- De ser necesario los exámenes complementarios y de laboratorio, deberán programarse con anterioridad a la valoración con el médico ocupacional.
- Garantizar que el funcionario citado para realizar el examen médico, pueda ejecutar todos los exámenes con el fin que no deba regresar al centro médico certificado o IPS.
- El contratista con anterioridad a la realización de los respectivos exámenes debe informar a la entidad los requisitos y/o condiciones generales que deben cumplir los funcionarios para la realización de los exámenes médicos ocupacionales
- El contratista expedirá los respectivos certificados de aptitud de todos los funcionarios que se les practiquen los laboratorios y exámenes descritos en el profesiograma donde se relacionan los exámenes a ejecutar máximo 8 días después de la realización.
- El contratista entregará al supervisor del contrato un informe diagnóstico de salud, tal como lo indica el Artículo 18 de la “Resolución 2346 de 2007”, el cual se adjunta a continuación: ARTÍCULO 18. DIAGNÓSTICO DE SALUD. “Toda persona natural o jurídica que realice evaluaciones médicas ocupacionales de cualquier tipo, deberá entregar al empleador un diagnóstico general de salud de la población trabajadora que valore”, el cual se utilizará para el cumplimiento de las actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, de conformidad con lo establecido por el artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya. El diagnóstico de salud debe comprender como mínimo, lo siguiente:

1. Información socio demográfica de la población trabajadora (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico).

2. Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales.
3. Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.

4. Sintomatología reportada por los trabajadores.
5. Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicos complementarias a los exámenes físicos realizados.
6. Diagnósticos encontrados en la población trabajadora.
7. Análisis y conclusiones de la evaluación.
8. Recomendaciones.

Por lo anterior y una vez finaliza la práctica de los exámenes médicos ocupacionales periódicos, se dará un tiempo prudencial de **15 días hábiles** para que sea entregado el correspondiente Diagnóstico de Salud, Sin embargo, este término no podrá exceder el plazo de ejecución del contrato, toda vez que debe ser entregado antes de la suscripción del recibo a satisfacción de los servicios prestados.

Para el presente proceso se suministrará el formato de historia clínica ocupacional de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, para que el contratista que realice los exámenes médicos ocupacionales lo diligencie en su totalidad.

Dentro de los requisitos contractuales para el desarrollo del presente objeto, se encuentra, que:

El requerimiento del Médico Laboral de la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo de la FAC, donde el contratista proporcionará la base de datos de los exámenes médicos ocupacionales realizados en el CACOM-1, con el fin de adelantar y alimentar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

- El contratista atenderá durante la vigencia del contrato todas las recomendaciones que efectúe la Unidad por medio del supervisor del contrato y que se consideren pertinentes para la adecuada ejecución del objeto contractual.
- En el evento que exista cambio de alguno de los profesionales propuestos en la oferta, el CONTRATISTA deberá informar al supervisor del contrato mediante oficio o correo electrónico oficial de la empresa, allegando la hoja de vida del nuevo profesional propuesto, quien deberá cumplir con los requisitos exigidos en la ficha técnica: Fotocopia del diploma o acta de grado, tarjeta profesional con la respectiva fecha de expedición, licencia en salud ocupacional según sea el caso, cédula de ciudadanía, certificados expedidos por las empresas para las que laboró expresando la fecha de ingreso y retiro y las funciones o labor a su cargo que acrediten la experiencia exigida.
- El contratista deberá contar con la disposición y puntualidad del personal asistencial requerido para realizar los exámenes necesarios.
- El contratista debe informar por escrito al personal civil que presente algún tipo de recomendación médica.
- De conformidad con la Directiva Presidencial 9 de 2020, a partir del 1º de abril de 2021 todos los proveedores obligados a facturar electrónicamente deberán registrar el siguiente correo electrónico: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co como receptor único de las facturas emitidas a nombre de éstas, con el fin de que las envíen automáticamente, junto con el contenedor electrónico -Documento Zip (PDF, XML), para efectuar la correspondiente validación ante la DIAN.
- El contratista cuenta hasta con tres (03) días hábiles posterior a la suscripción del acta de

recibo a satisfacción de bienes y servicios, para entregar en debida forma la factura y todos los documentos requeridos para el trámite de pago. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020

- La Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al CONTRATISTA cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

- Una vez aprobada la factura por parte del Supervisor, el Contratista deberá cargarla en la plataforma SECOP II, de acuerdo a los manuales establecidos por Colombia Compra Eficiente.

Obligaciones del sistema integrado de gestión

3.1.2.1.1 Sistema de gestión de la calidad.

No aplica.

3.1.2.1.2 Seguridad física y de la información.

El contratista debe garantizar la cadena de custodia de las muestras recolectadas tanto en el almacenamiento y transporte garantizando las condiciones higiénico sanitarias y temperaturas de ambiente adecuados hasta su entrega en el laboratorio para el análisis.

Para la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas y de las historias clínicas ocupacionales, el contratista se deberá ceñir a lo dispuesto en el artículo 2 de la Resolución No. 1918 del 5 de junio de 2009, que modificó el artículo 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se deberá garantizar igualmente su confidencialidad, conforme lo establece el artículo 16 de la Resolución 2346 de 2007.

Igualmente, la responsabilidad de la conservación de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios

de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme las normas legales vigentes.

El contratista deberá respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y solo remitirá al contratante el Certificado Médico de aptitud en físico y digital con el informe de condiciones de salud de los trabajadores, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiera para que el trabajador pueda desempeñar adecuadamente sus funciones, con la respectiva constancia de recibo del trabajador.

3.1.2.1.3 Seguridad y salud en el trabajo.

El contratista debe garantizar para el presente contrato el cumplimiento del protocolo de

bioseguridad para lo cual será responsable de la dotación necesaria para el personal involucrado en este proceso, incluyendo los elementos de protección con el fin de contrarrestar la propagación del COVID-19 durante la ejecución del presente proceso. Por lo anterior, se debe cumplir con lo establecido en las Resoluciones y Decretos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El contratista deberá garantizar el cumplimiento del pago a sus empleados referente al sistema de seguridad social integral y entregar soportes de afiliación y/o las respectivas planillas del pago de la seguridad social.

3.1.2.1.4 Gestión ambiental.

El contratista se compromete a ejecutar las actividades contratadas, sin generar riesgo alguno para la salud humana, la seguridad o el medio ambiente.

3.1.2.1.5 Compras públicas sostenibles con el ambiente y socialmente responsables.

OBSERVACIONES

1. Diariamente nos deben entregar los conceptos médicos, con el fin de ser remitidos a nivel central DIPER.
2. Diariamente se debe enviar un corte del presupuesto ejecutado.
3. Es un único rubro en el contrato, sin embargo, se tiene definidos dos líneas de ejecución:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES **(PERIODICOS)**	10	$ 36.000.000,00
PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES **(POS INCAPACIDAD)**	10	$ 2.000.000,00

La ejecución del rubro (Ingreso, retiro), será ejecutado mes a mes hasta la finalización del contrato. En el caso de existir sobrantes en esta línea, el supervisor del contrato verificará la opción de ejecutar en periódicos para el mes de NOVIEMBRE 2025, con el fin de ejecutar el 100% del rubro asignado.

4. El personal civil deberá presentar el formato GH-JEAPE-FR-107 FORMATO NOTIFICACION REALIZACION EXAMENES MEDICOS DE PRE EMPLEO, RETIRO, POS INCAPACIDAD, CAMBIO DE OCUPACIONAL, el cual servirá como certificado para identificar el cargo al cual se debe evaluar según matriz consolidado profesiograma GH-JEAPE-FR-069 FORMATO MATRIZ DE PROFESIOGRAMAS PERSONAL CIVIL FAC.
   Así mismo, la información detallada se encuentra en los Formatos GH-JEAPE-FR-070 PROFESIOGRAMAS 1-84 y GH-JEAPE-FR-071 PROFESIOGRAMAS 85-168.
5. La empresa FISIOHEALTH deberá emitir Diagnóstico de condiciones de salud en físico y digital de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2346 de 2007, Articulo 18 cuyo contenido mínimo es:

a. Información sociodemográfica de la población trabajadora (género, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico). Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales

b. Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.

c. Sintomatología reportada por los trabajadores. (Los SST de las Unidades deben Informar a los funcionarios que están en la obligación de presentar los siguientes documentos: antecedentes médicos, historia clínica, imágenes entre otros.

e. Resultados generales de las pruebas clínicas o para clínicas complementarias a los exámenes físicos realizados.

f. Diagnósticos encontrados en la población trabajadora.

g. Análisis y conclusiones de la evaluación.

h. Recomendaciones

6. El contratista debe proporcionar al Médico Laboral de la DISAT, las bases de datos de los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo a la plantilla propuesta por la DISAT. con el fin de adelantar y alimentar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en digital, el cual se enviará por correo electrónico el día 24 de abril de 2025.
7. El contratista debe proporcionar el certificado de custodia de historia clínica generado por la empresa prestadora del servicio.
8. Copia de la carne de vacunas.

EXÁMENES MÉDICOS INGRESO DEL PERSONAL CNSC.

1. El viernes 02 de mayo del 2025 es el plazo máximo se debe tener el 100% de los conceptos médicos ingreso del primer corte del personal de la CNSC. Conceptos en medio digital y físico, con el fin de ser remitidos a nivel central DIPER.

DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
3133357	ESPINOSA GIRALDO	HERNAN	ASISTENTE ADMINISTRATIVO GESTION DOCUMENTAL
24715670	LEOPARDO MAHECHA	DIANA YAMILE	SECRETARIA
1054545220	RAMIREZ RESTREPO	CRISTINA ISABEL	SECRETARIA
25221142	ACEVEDO OSORIO	KARINA	SECRETARIA
30346138	GARZON MUÑOZ	JAQUELINE	SECRETARIA
24717052	MALAGON TASCÓN	DAISY DEL RIO	SECRETARIA
1117528562	PEREZ PIZZA	PEDRO ALONSO	SECRETARIA
1054562994	MAHECHA GIRALDO	CRISTIAN ALEJANDRO	SECRETARIA
1054568103	AMAYA MADRID	DIONNY ALEJANDRA	SECRETARIA
24713396	JEREZ OLASCOAGA	ELIANA PATRICIA	SECRETARIA
30348391	ORTIZ ALCALÁ	YADIRA	SECRETARIA
30385162	BEDOYA	SANDRA PATRICIA	ASISTENTE SERVICIOS GENERALES COCINA
72190904	AVILA ESTRADA	ALEXANDER	TECNICO SISTEMAS

24712697	CULMA ORTIZ	DARLIS ERCILIA	ASISTENTE SERVICIOS GENERALES ASEO
55157229	BONILLA PEREZ	OLGA LUCIA	TECNICO CONTROL PRODUCCION
1054545895	CASTAÑO OCAMPO	ARISMENDY	OPERARIO ESTRUCTURAS Y LAMINAS
1054563703	VANEGAS MENESES	VANESSA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO ALMACENES E INVENTARIOS
24716708	CASTRO	SANDRA MILENA	SECRETARIA
10185837	FRESNEDA HERNANDEZ	RICARDO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO OFICINA
10179385	GRANDA VARGAS	FREDY ORLANDO	CONDUCTOR
4438630	MEDELLIN GALINDO	JUAN ENRIQUE	OPERARIO CONSTRUCCION
40186678	PULIDO RAMIREZ	FLOR ANYERLI	SECRETARIA
20829169	BEJARANO RIOS	OLGA LUCIA	SECRETARIA

2. Se tienen definidos los criterios de exclusión en la hoja No. 2 del formato Matriz Profesiograma. **De acuerdo a órdenes de nivel central DISAT**.

SISTEMA	CRITERIOS
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Paciente con hipertensión arterial y signos de afección orgánica severa debe quedarse con restricciones. Cifras de tensión arterial elevadas (>140/90) serán aplazados hasta estudio y control de las cifras tensionales por EPS. Se debe verificar que la persona esté asistiendo a sus controles periódicos en la EPS respectiva.
	Trabajador con alto riesgo cardiovascular, por índice de Framingham ajustado por edad, deberá evaluarse como aplazado hasta el control de los factores de riesgo asociados
	Usuario de anticoagulación crónica deberá evaluarse como restringido
	En caso de arritmias, enfermedad valvular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva o paciente usuario de marcapaso serán aplazados y deberán ser evaluados por cardiólogo con el fin de obtener el concepto sobre el compromiso hemodinámico y la tolerancia física del aspirante a las demandas exigidas por el oficio.
	La presencia de aneurismas conocidos deberá evaluarse como aplazado hasta concepto del especialista con recomendaciones y restricciones
	Alteraciones de la coagulación o anemias deberá evaluarse como aplazado hasta concepto del especialista con recomendaciones y restricciones
	Varices desde grado III se considera causal de restricciones
SISTEMA ENDOCRINO	Se acepta un IMC hasta 35, con IMC superior a 35 deberá evaluarse con restricción.
	Antecedentes de diabetes con tratamiento mal controlado, determinado por HB glicosilada con valor normal a parámetros de referencia del laboratorio, en tratamiento con bomba personal de infusión o aquel con glicemia > a 126 mgs/dl (glicemia central) deberá evaluarse como restringido.

	Dislipidemia con valores de colesterol total por encima de 240 mg/dl y trigliceridos por encima de 500 mg/dl será causal de aplazamiento hasta estudio y tratamiento en su EPS
	Antecedentes de enfermedad tiroidea con signos positivos en el examen, sin controles y no tratada serán evaluados como aplazados hasta que se sometan a examen por especialista para emisión de recomendaciones de acuerdo al cargo.
SISTEMA RESPIRATORIO	La presencia de enfermedades respiratorias agudas (Bronquitis, Neumonía, Faringitis, amigdalitis) se considerado aplazado hasta tanto no sea realizado un tratamiento, posterior a éste el trabajador debe someterse a un control para determinar su estado de salud.
	Las enfermedades bronco pulmonares crónicas de tipo obstructivo o restrictivo (por ejemplo asma, hiperreactividad bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar intersticial difusa) evaluada como moderada a severa se considerará cada caso por separado de acuerdo con el cargo (funciones a realizar) y dependiente de la valoración por especialista médico con recomendaciones y restricciones.
EXAMEN GENERAL	Hernias Umbilical e Inguinal que no reduzcan o que presenten síntomas de obstrucción serán evaluados como restringidos
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Los trabajadores que al momento del examen presente lesiones estructurales de columna vertebral o escoliosis clínica hasta 40 grados que límite su funcionalidad, deberá solicitar valoración y concepto por médico especialista.
	Antecedentes de discopatías o hernias discales (antecedente de corrección quirúrgica) asociadas o no a limitaciones funcionales se solicitará valoración por especialista médico quien deberá dar las recomendaciones generales y limitaciones médicas por lo que quedaran aplazados hasta la entrega de las recomendaciones y adecuación de puestos de trabajo.
	Pacientes con amputaciones o acortamiento o deformidades de miembros inferiores que alteren el apoyo en bipedestación y/o el equilibrio, deberán evaluarse con restricciones
	Pacientes con amputaciones o deformidades de los miembros superiores que alteren el agarre funcional, deberán evaluarse con restricciones
	Antecedentes de fracturas u otras enfermedades que generen deformidades o secuelas que limiten movilización, artrosis severa, artritis reumatoide severa y deformantes se deberán restringir en sus actividades.
	Enfermedades reumatológicas no controladas deberán evaluarse con restricciones
	Quienes presenten síndrome de túnel del carpo, bursitis a cualquier nivel, tendinitis o tenosinovitis moderadas o severas, epicondilitis y síndrome manguito rotador, se solicitará valoración por especialista médico quien deberá dar las recomendaciones generales y limitaciones médicas por lo que quedaran aplazados.
SISTEMA NERVIOSO	Antecedente de epilepsia incluidas las crisis de ausencia se restringe el trabajo en alturas y conducción; los demás cargos serán evaluados individualmente.
	Alteraciones neurológicas tipo esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, Parkinson y demencia deberá evaluarse como restringido
	Las alteraciones del equilibrio - coordinación y trastornos del sueño que generen somnolencia diurna deberán evaluarse como restringidos
	Antecedente de accidente cerebrovascular con o sin secuelas se evalúa como restringido
	Uso de medicamentos que produzcan sueño ya sea como efecto terapéutico o efecto secundario se evalúan como restringidos

	Antecedentes de parestesias, polineuropatías, dolores musculares, hormigueo, fatiga, pérdida del equilibrio, pérdida de fuerza muscular de Miembros inferiores, se considerarán según el caso y se solicitara valoración por médico especialista.
ORGANOS DE LOS SENTIDOS	Un defecto visual igual o superior a 20/40 en ambos ojos sin corrección óptica, requiere evaluación para corrección con lentes y por lo tanto se considera aplazado hasta presentar la corrección visual Las personas con ambliopía y diplopías o con trastornos refractivos severos que no corrigen deberán ser evaluados como restringidos. Estereopsis se admite hasta 80 grados de arco Alteraciones en retina (de presentarlas se requiere valoración por oftalmología para determinar secuelas) Campimetría alterada, serán consideradas de acuerdo con la evaluación del especialista y las exigencias del cargo. Las alteraciones cromáticas, nistagmus, escotomas y/o alteraciones de la visión profundidad se evaluarán con restricción para actividades de conducción y trabajos en alturas.
	Se evaluarán de 500 a 8000 Hz considerándose normal con PTA hasta 25 dB Los usuarios con alteraciones de la audición conversacional serán aplazadas para valoración por otorrino siempre y cuando sea en frecuencias de 4000 a 8000 Hz el promedio no pase de 50 dB. (aplica únicamente para los cargos administrativos). Para los que requieren trabajo en alturas y conducción no se aceptan alteraciones en frecuencias agudas ni graves, su PTA máxima es de 25
	Alteración en las pruebas de equilibrio, marcha atáxica, temblor en reposo, postural o de movimiento serán remitidos al a otorrino o neurólogo de acuerdo con el caso y quedarán aplazados.
SALUD MENTAL	El personal que presente trastornos psicóticos, del afecto, atención, alteraciones del comportamiento con o sin tratamiento e inestabilidad emocional (personal, laboral) o alteraciones del sueño con o sin tratamiento deberán evaluarse con restricciones
	Historia y/o evidencia de abuso de alcohol y/o drogas ilícitas será evaluado con restricción para el cargo
	Historia de acrofobia o estrés postraumático deben evaluarse como restringidos
INMUNOLÓGICO	Pacientes trasplantados deberán evaluarse como restringidos
	Paciente con enfermedad dermatológica crónica con requerimientos especiales deberá ser evaluado como aplazado hasta contar con concepto de especialista con recomendaciones y restricciones
	Paciente con inmunosupresión congénita o adquirida deberá evaluarse como aplazado hasta concepto médico de su especialista tratante con recomendaciones y restricciones
	Cáncer que se encuentre activo y en tratamiento debe restringirse. Las secuelas de tratamiento deben evaluarse caso a caso.
TRABAJO EN ALTURAS	Visión de 20/20 con o sin corrección; Agudeza auditiva Normal en todas las frecuencias; metabólico no diabético ni hipoglicemias, colesterol hasta 250 y triglicéridos 500, IMC hasta 29,99
ENFASIS MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	Coprológico con entamoeba hystolitica, frotis faríngeo con cocos gram negativos aplazado hasta que este negativo en prueba de laboratorio
	Prima el examen físico para hallazgos en cavidad oral (evidencia de masas o infecciones activas) y manos (onicomicosis) aplazados hasta tratamiento médico
CONDUCCIÓN	Para conductores debe tenerse en cuenta el Anexo 1 de Resolución 12336/2012 de MINTRANSPORTE con los criterios de categoría C

Los criterios de exclusión establecidos en el profesiograma han sido definidos tomando en cuenta la normatividad legal vigente la a la fecha, estando alineados con las disposiciones y regulaciones aplicables, es importante señalar que estos criterios pueden estar sujetos a modificaciones en función de cambios en la legislación, por lo que se recomienda su revisión para asegurar que cumplan con la normatividad a la fecha.

3. En los casos de no APTO, en el CML se debe especificar el criterio de exclusión.
4. La IPS FISIOHEALT deberá exigir la presentación del carnet de vacunas (según cargo en profesiograma) para la expedición completa del concepto de aptitud del personal de ingreso.
5. Copia de la carne de vacunas, el cual debe aportar el funcionario.

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERIÓDICOS

Se programa la ejecución de 215 funcionarios aproximadamente para exámenes médicos periódicos con plazo primer corte 20 de junio de 2025, hasta agotar el presupuesto de $ 38.000.000,00 dando prioridad al personal operativo (158 funcionarios), seguido del personal administrativo con novedades médicas (13 funcionarios) y finalmente personal administrativo (44 funcionarios) que indique el supervisor de contrato mediante notificación GH-JEAPE-FR-107 FORMATO NOTIFICACION REALIZACION EXAMENES MEDICOS DE PRE EMPLEO, RETIRO, POS INCAPACIDAD, CAMBIO DE OCUPACIONAL.

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES POST INCAPACIDAD

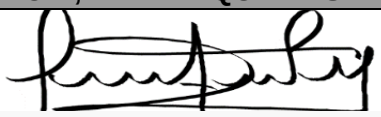
Se incluirán las evaluaciones médico laborales del personal Civil con incapacidad prolongada superior a 30 días, el cual se indicará mediante correo electrónico por parte del supervisor del contrato y el funcionario deberá presentar en FISIOHEALT el formato GH-JEAPE-FR-107 FORMATO NOTIFICACION REALIZACION EXAMENES MEDICOS DE PRE EMPLEO, RETIRO, POS INCAPACIDAD, CAMBIO DE OCUPACIONAL.

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES EGRESO

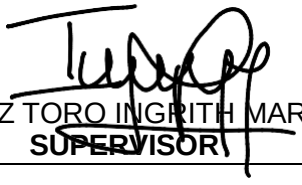
Se indicará mediante correo electrónico por parte del supervisor del contrato y el funcionario deberá presentar en FISIOHEALT el formato GH-JEAPE-FR-107 FORMATO NOTIFICACION REALIZACION EXAMENES MEDICOS DE PRE EMPLEO, RETIRO, POS INCAPACIDAD, CAMBIO DE OCUPACIONAL.

- exámenes especializados: 05 días hábiles para generación de EMO.
- Imprimir en la asistencia, un papel indicando la obligatoriedad de aportar el carnet de vacunas y la historia clínica por patologías de base.

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ
CONTRATISTA



T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA
SUPERVISOR

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

CALDAS, LA DORADA, 13/11/2025

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **FISIO HEALTH SAS** con **NIT 9007908879** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550085000158064

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141184278356

(415)7707212489984(8020) 000014118427835 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FISIO HEALTH S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

41. Dirección principal
CL 12 2 66 68 BRR CENTRO

42. Correo electrónico fisiohealth.ips@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 7 5 0 3 1	3 0 0 8 9 8 9 4 4 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 1 4 1 1 1 4	8 6 9 2	2 0 1 4 1 1 1 4			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 [X] 60. No. de Folios: 0

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:

984. Nombre PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	
72. Número	0 0 0 0 1	
73. Fecha	2 0 1 4 1 1 1 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 4 1 1 1 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 4 3 3 4 4	
78. Departamento	1 7	
79. Ciudad/Municipio	1 8	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 4 1 1 1 3	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social — 1 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 9 1 1 2 8		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 4 1 1 1 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 9 1 7 5 6 7 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PEREZ	JIMENEZ	PAOLA	ANDREA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2	

162. Nombre del establecimiento: FISIO HEALTH

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0	

165. Dirección: CL 12 2 66 68 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 4 3 3 4 5	2 0 1 4 1 1 1 4	
168. Teléfono: 3 1 6 2 3 0 0 8 5 6	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHdgonzale Dora Emilia Gonzalez Rojas
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema: 2025-12-12-7:31 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	362325	**Fecha Registro:**	2025-12-12	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	108625	
Valor Inicial:	19.020.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	19.020.000,00	**Saldo x Ordenar:**	19.020.000,00	
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00	
Valor Deducciones:	532.560,00	**Valor Neto:**	18.487.440,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	3225	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	40-BIENES, SERVICIOS	**Comprobante Contable:**		
TERCERO											
Identificacion:	900790887	**Razon Social:**	FISIO HEALTH S.A.S						**Medio de Pago:**	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	085000158064	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.				**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa	
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	356625	**Tipo:**	Adquisición de Servicios a Personas Declarantes	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	CTO 042 -FACT-FSHO 7177	**Tipo:**	FACTURA				**Fecha:**	2025-12-12			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS	Nación	10	CSF	40-BIENES, SERVICIOS,					
						Total:	19.020.000,00	0,00	19.020.000,00	19.020.000,00

Objeto:	PAGO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD PERSONAL CACOM 1. CTO 042 -FACT-FSHO 7177

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2025-12-16	Generada	19.020.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	19.020.000,00	2,000 %	380.400,00	380.400,00
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 899999413	MUNICIPIO DE PUERTO SALGAR	19.020.000,00	0,800 %	152.160,00	152.160,00

CR. JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
SEGUNDO COMANDANTE CACOM-1

TE. MARIA PAULA QUINTERO DIAZ
CONTADORA