INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.
02
FECHA DEL INFORME
28-02-2026

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-0429-2026
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2026800701600177E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52747149
PLAZO DE EJECUCIÓN	10 meses
VALOR	$ 31.730.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2026-01-22
FECHA DE TERMINACIÓN	21/11/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 3.173.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2026-02-01 - 2026-02-28
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR LA ATENCIÓN EN SALUD, DE LA UNIDAD DE CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE, PARA LOS ATLETAS DEL REGISTRO DEPORTIVO DE BOGOTÁ

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES, EVIDENCIAS Y UBICACIÓN
Obligación 1: 1. Brindar la adecuada y pertinente atención de primeros auxilios y procedimientos asistenciales propios de la profesión, a los atletas que consulten y así lo requieran, previa orden médica, en las sedes de la UCAD.	• ACTIVIDADES: Durante este periodo se atendieron deportistas en UCAD salitre para procedimientos asistenciales y curaciones. • EVIDENCIAS: soporte de Rips enviado al correo lizette.tamayo@idrd.gov.co • UBICACIÓN: Bandeja de salida del correo electrónico delia.hernandez@idrd.gov.co
Obligación 2: 2. Mantener los consultorios en las condiciones adecuadas y exigidas para la óptima atención de los diferentes profesionales de la salud.	• **ACTIVIDAD**: Durante este periodo se mantuvo los consultorios, laboratorio clínico y toma de muestras en condiciones adecuadas para la atención de los deportistas, en la sede de la UCAD – PRD. • **EVIDENCIA**: Registro fotográfico de las condiciones de laboratorio clínico y toma de muestras. • **UBICACIÓN:** UCAD - PRD
Obligación 3: 3. Verificar la existencia de los elementos e insumos mínimos que se requieren para el desarrollo de las atenciones en los diferentes servicios de las sedes UCAD.	• **ACTIVIDAD**: Durante este periodo se realizó revisión e inventario de medicamentos e insumos de laboratorio de acuerdo al Kárdex, en la UCAD – PRD. • **EVIDENCIA**: Registro fotográfico. • **UBICACIÓN**: Registro en pantallazo de kardex de insumos de laboratorio clínico.

Obligación 4: 4. Realizar la toma de signos vitales y de muestras de laboratorio a los atletas que acudan a los diferentes servicios.	• **ACTIVIDADES**: Durante este periodo se realizaron toma de muestras de laboratorio y apoyo en bacteriología en la UCAD – PRD. • **EVIDENCIAS**: Correos de médicos solicitantes con los deportistas citados para la actividad de toma de muestras registros de rips de toma de muestras. • **UBICACIÓN**: Registro en cuaderno de laboratorio clínico y bandeja de entrada del correo delia.hernandez@idrd.gov.co
Obligación 5: 5. Realizar y apoyar en coordinación con el supervisor actividades de educación en salud dirigidas a los atletas de las diferentes ligas deportivas.	• **ACTIVIDADES**: Durante este periodo no se realizó la actividad. • **EVIDENCIAS**: N/A. • **UBICACIÓN**: N/A
Obligación 6: 6. Publicar en el SECOP II los documentos de ejecución contractual, incluida la Garantía de Cumplimiento al día hábil siguiente del perfeccionamiento del contrato y los demás de competencia del contratista en coordinación con el supervisor del contrato.	• **ACTIVIDADES**: Se realiza ingreso de informes de actividades en SECOP II, se evidencia registro digital y físico de historias clínicas deportivas de acuerdo al FUID en oficina de laboratorio clínico UCAD - PRD. • **EVIDENCIAS**: Pantallazo y registro fotográfico. • **UBICACIÓN**: Equipo de cómputo en oficina de laboratorio clínico UCAD - PRD y en página SECOP II

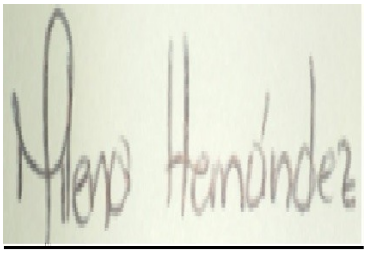
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 218.900,00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 280.200,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 42.700,00
	TOTAL	$ 541.800,00

Ver Planilla de Pago

4. ANEXOS

Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista

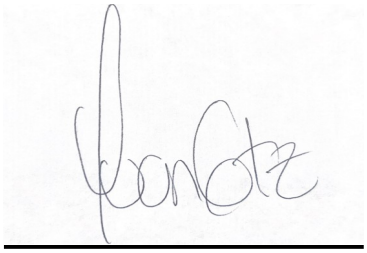
Nombre Completo: DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN

No. Identificación: 52747149

Cargo: CONTRATISTA

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

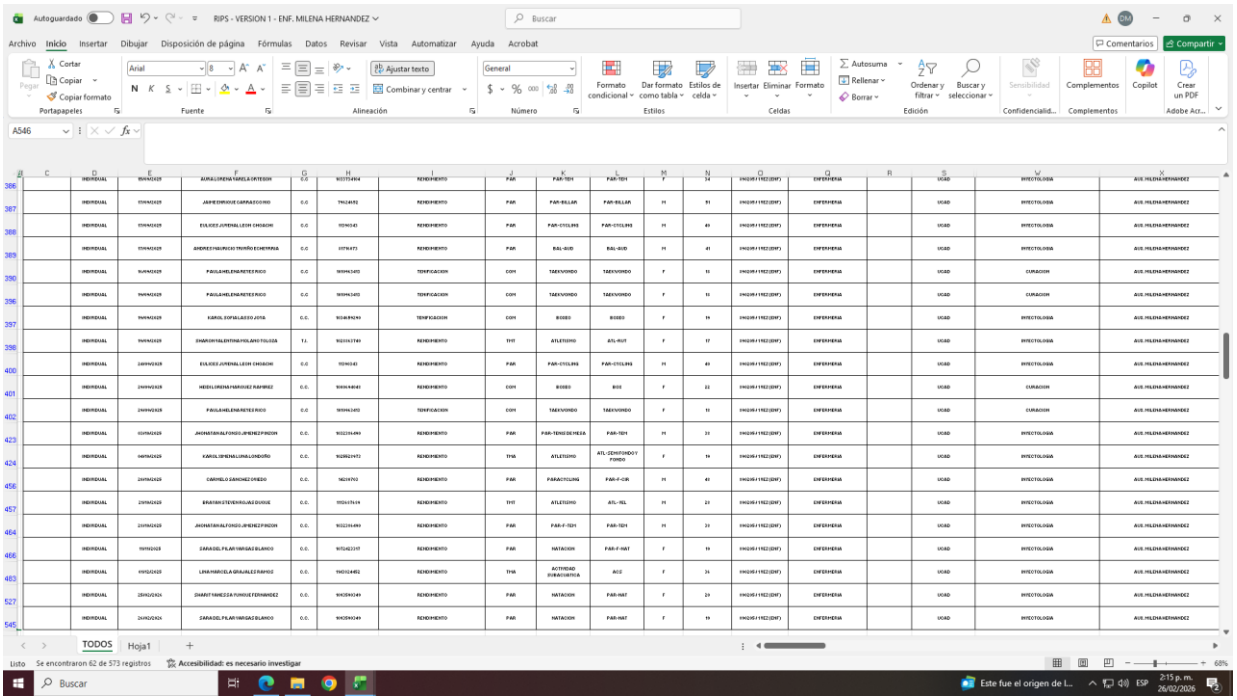
Nombre Completo: JUAN DAVID GUTIERREZ VALLEJO

No. Identificación: 1023914924

Cargo: ASESOR 105-01

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

RIPS FEBRERO 2026



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

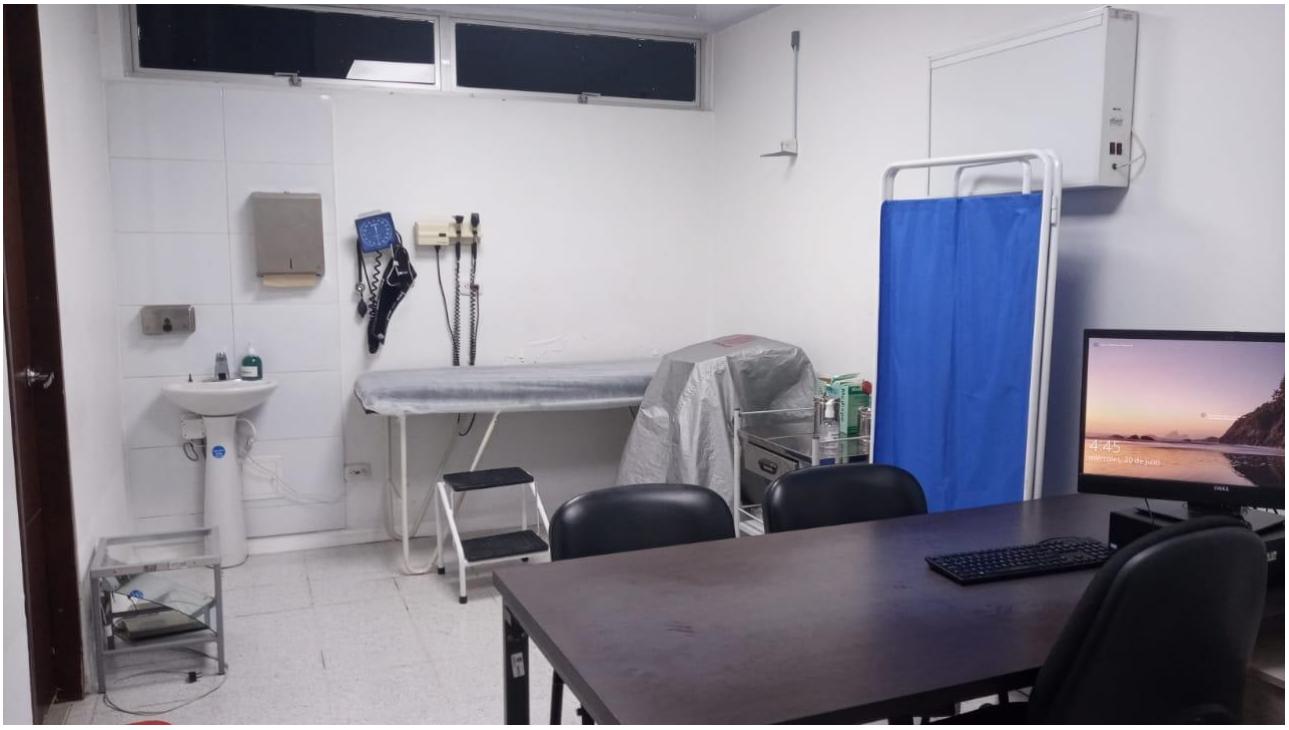
LABORATORIO CLINICO





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

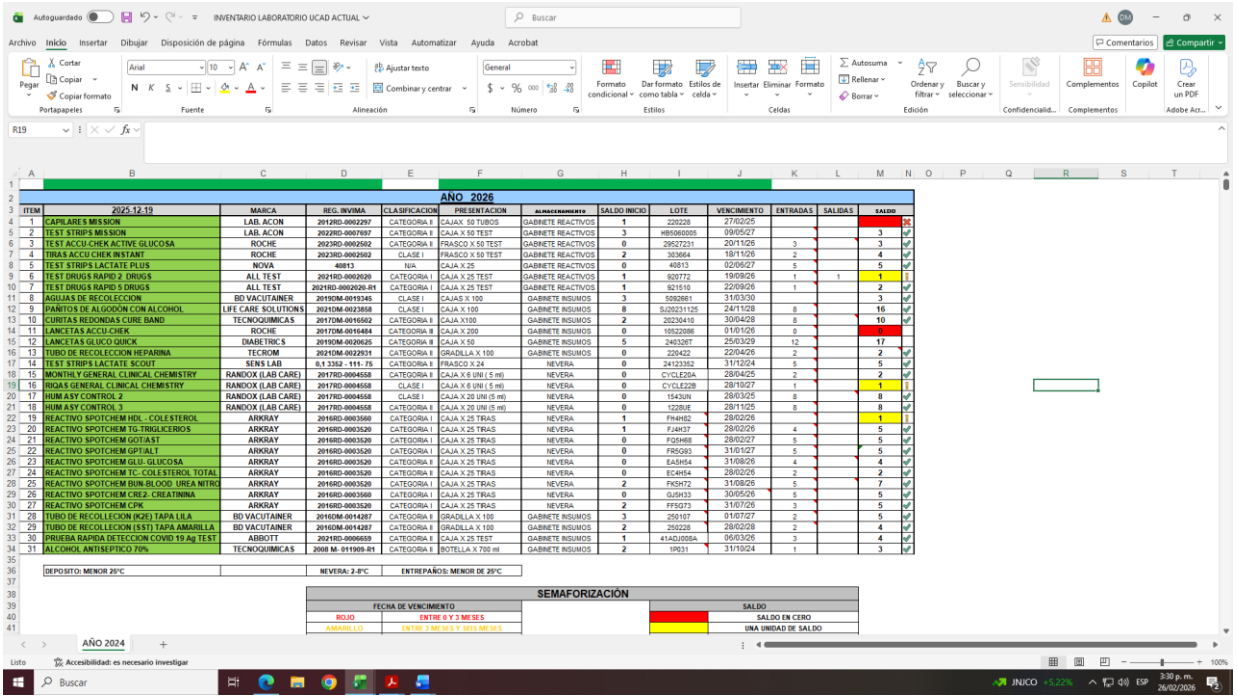
CONSULTORIOS MÉDICOS





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

KARDEX LABORATORIO CLINICO



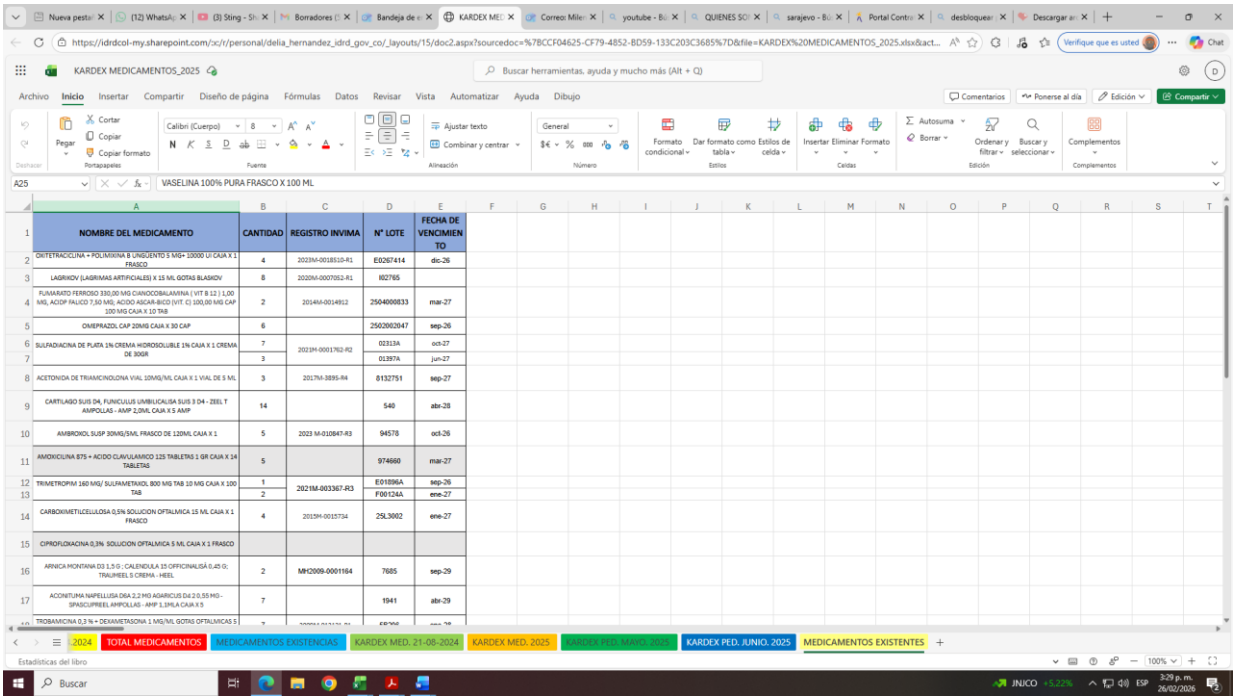
ITEM	2025-12-19	MARCA	REG. INVIMA	CLASIFICACION	PRESENTACION	ALMACENAMIENTO	SALDO INICIO	LOTE	VENCIMIENTO	ENTRADAS	SALIDAS	SALDO
					AÑO 2026							
1	CAPILARES MISSION	LAB. ACON	2012RD-0002297	CATEGORIA II	CAJAX. 50 TUBOS	GABINETE REACTIVOS	1	220228	27/02/25			
2	TEST STRIPS MISSION	LAB. ACON	2022RD-0007697	CATEGORIA II	CAJA X 50 TEST	GABINETE REACTIVOS	3	HB5060005	09/05/27			3
3	TEST ACCU-CHEK ACTIVE GLUCOSA	ROCHE	2023RD-0002502	CATEGORIA II	FRASCO X 50 TEST	GABINETE REACTIVOS	0	29527231	20/11/26	3		3
4	TIRAS ACCU CHEK INSTANT	ROCHE	2023RD-0002502	CLASE I	FRASCO X 50 TEST	GABINETE REACTIVOS	2	363664	18/11/26	2		4
5	TEST STRIPS LACTATE PLUS	NOVA	40813	N/A	CAJA X 25	GABINETE REACTIVOS	0	40813	02/06/27	5		5
6	TEST DRUGS RAPID 2 DRUGS	ALL TEST	2021RD-0002020	CATEGORIA I	CAJA X 25 TEST	GABINETE REACTIVOS	1	920772	19/09/26	1	1	1
7	TEST DRUGS RAPID 5 DRUGS	ALL TEST	2021RD-0002020-R1	CATEGORIA I	CAJA X 25 TEST	GABINETE REACTIVOS	1	921510	22/09/26	1		2
8	AGUJAS DE RECOLECCION	BD VACUTAINER	2019DM-0015345	CLASE I	CAJAS X 100	GABINETE INSUMOS	3	5992661	31/03/30			3
9	PAÑITOS DE ALGODÓN CON ALCOHOL	LIFE CARE SOLUTIONS	2021DM-0023858	CLASE I	CAJA X 100	GABINETE INSUMOS	8	SJ20231125	24/11/28	8		16
10	CURITAS REDONDAS CURE BAND	TECNOQUIMICAS	2017DM-0016502	CATEGORIA II	CAJA X100	GABINETE INSUMOS	2	20230410	30/04/28	8		10
11	LANCETAS ACCU-CHEK	ROCHE	2017DM-0016484	CATEGORIA II	CAJA X 200	GABINETE INSUMOS	0	10522086	01/01/26	0		0
12	LANCETAS GLUCO QUICK	DIABETRICS	2019DM-0020625	CATEGORIA II	CAJA X 50	GABINETE INSUMOS	5	2403267	25/03/29	12		17
13	TUBO DE RECOLECCION HEPARINA	TECNON	2021DM-0022931	CATEGORIA II	GRADILLA X 100	GABINETE INSUMOS	0	220422	22/04/26	2		2
14	TEST STRIPS LACTATE SCOUT	SENS LAB	0,1 3352 - 111- 75	CATEGORIA II	FRASCO X 24	NEVERA	0	24123352	31/12/24	5		5
15	MONTHLY GENERAL CLINICAL CHEMISTRY	RANDOX (LAB CARE)	2017RD-0004558	CATEGORIA II	CAJA X 6 UNI (5 ml)	NEVERA	0	CYCLE20A	28/04/25	2		2
16	RIQAS GENERAL CLINICAL CHEMISTRY	RANDOX (LAB CARE)	2017RD-0004558	CLASE I	CAJA X 6 UNI (5 ml)	NEVERA	0	CYCLE22B	28/10/27	1		1
17	HUM ASY CONTROL 2	RANDOX (LAB CARE)	2017RD-0004558	CLASE I	CAJA X 20 UNI (5 ml)	NEVERA	0	1543UN	28/03/25	8		8
18	HUM ASY CONTROL 3	RANDOX (LAB CARE)	2017RD-0004558	CATEGORIA II	CAJA X 20 UNI (5 ml)	NEVERA	0	1228UE	28/11/25	8		8
19	REACTIVO SPOTCHEM HDL - COLESTEROL	ARKRAY	2016RD-0003560	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	1	FH4H82	28/02/26			1
20	REACTIVO SPOTCHEM TG-TRIGLICERIOS	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	1	FJ4H37	28/02/26	4		5
21	REACTIVO SPOTCHEM GOT/AST	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	0	FG5H68	28/02/27	5		5
22	REACTIVO SPOTCHEM GPT/ALT	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	0	FR5G83	31/01/27	5		5
23	REACTIVO SPOTCHEM GLU- GLUCOSA	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA II	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	0	EA5H54	31/08/26	4		4
24	REACTIVO SPOTCHEM TC- COLESTEROL TOTAL	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA II	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	0	EC4H54	28/02/26	2		2
25	REACTIVO SPOTCHEM BUN-BLOOD UREA NITRO	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	2	FK5H72	31/08/26	5		7
26	REACTIVO SPOTCHEM CRE2- CREATININA	ARKRAY	2016RD-0003560	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	0	GJ5H33	30/05/26	5		5
27	REACTIVO SPOTCHEM CPK	ARKRAY	2016RD-0003520	CATEGORIA I	CAJA X 25 TRAS	NEVERA	2	FF5G73	31/07/26	3		5
28	TUBO DE RECOLLECION (K2E) TAPA LILA	BD VACUTAINER	2016DM-0014287	CATEGORIA II	GRADILLA X 100	GABINETE INSUMOS	3	250107	01/07/27	2		5
29	TUBO DE RECOLLECION (SST) TAPA AMARILLA	BD VACUTAINER	2016DM-0014287	CATEGORIA II	GRADILLA X 100	GABINETE INSUMOS	2	250228	28/02/28	2		4
30	PRUEBA RAPIDA DETECCION COVID 19 Ag TEST	ABBOTT	2021RD-0006659	CATEGORIA II	CAJA X 25 TEST	GABINETE INSUMOS	1	41AD1008A	06/03/26	3		4
31	ALCOHOL ANTISEPTICO 70%	TECNOQUIMICAS	2008 M- 011909-R1	CATEGORIA II	BOTELLA X 700 ml	GABINETE INSUMOS	2	19031	31/10/24	1		3

DEPOSITO: MENOR 25°C | NEVERA: 2-8°C | ENTREPAÑOS: MENOR DE 25°C

SEMAFORIZACIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
ROJO	ENTRE 0 Y 3 MESES
AMARILLO	ENTRE 3 MESES Y SEIS MESES

SALDO	
	SALDO EN CERO
	UNA UNIDAD DE SALDO

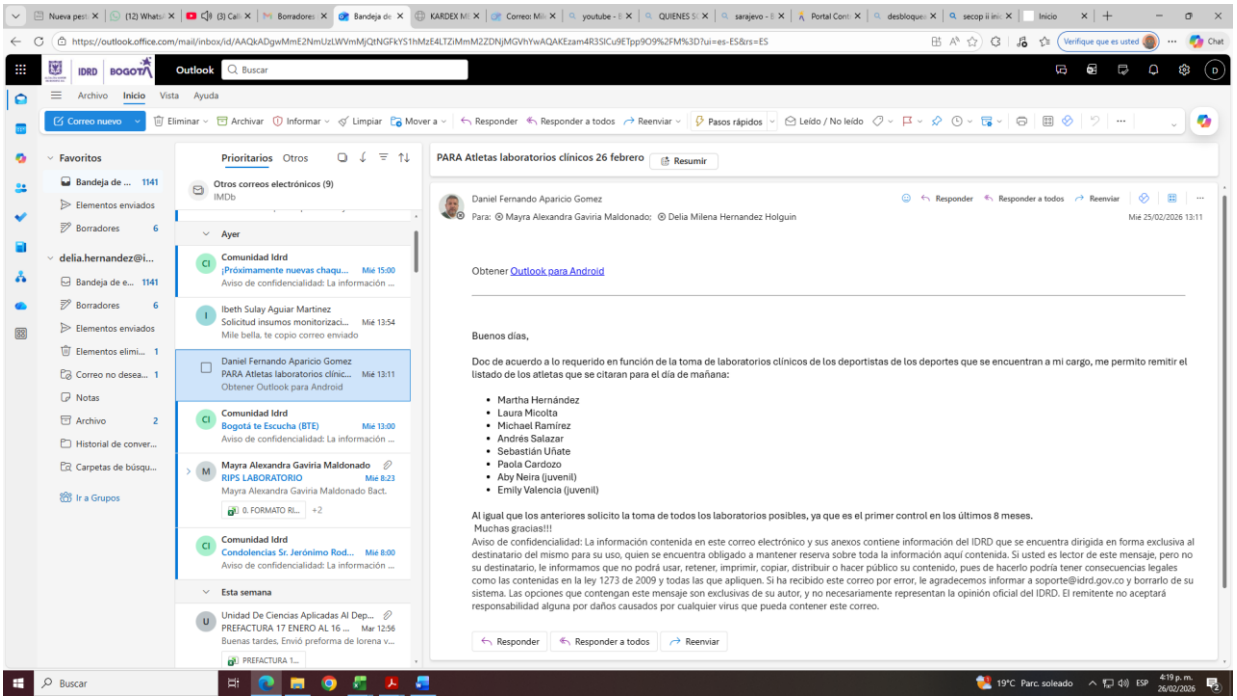
KARDEX MEDICAMENTOS

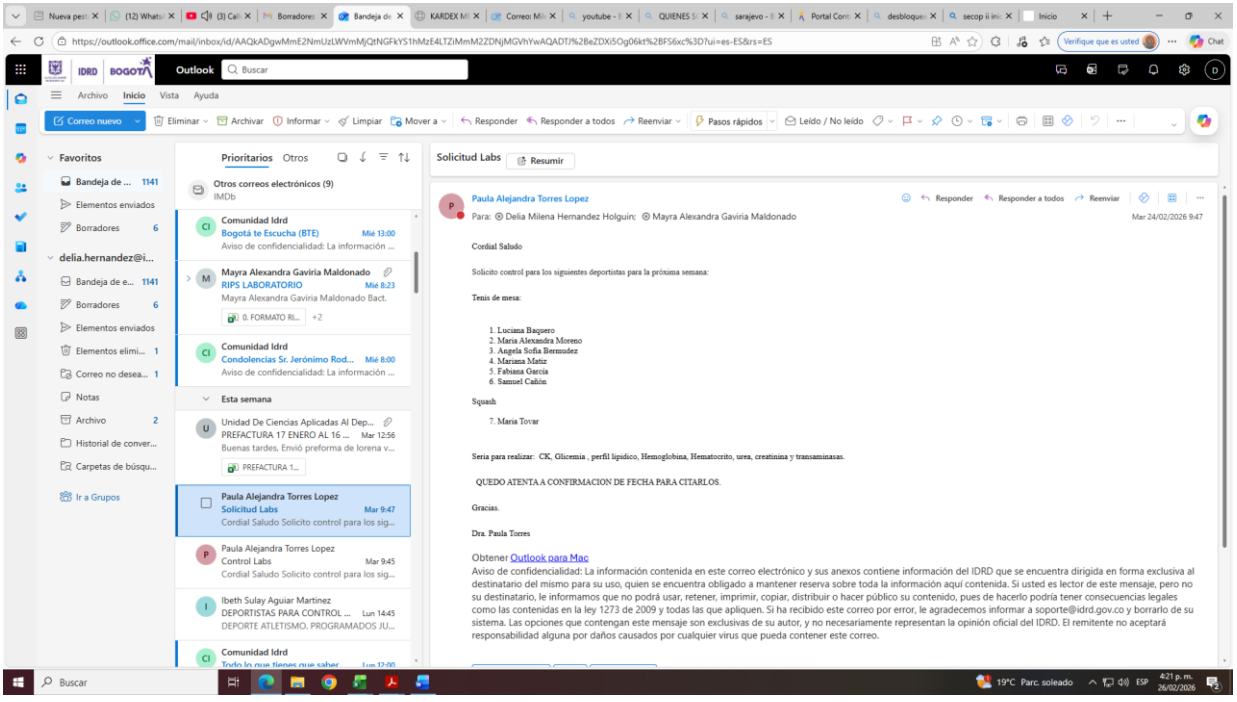


NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD	REGISTRO INVIMA	N° LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B UNGUENTO 5 MG+ 10000 UI CAJA X 1 FRASCO	4	2023M-0018510-R1	E0267414	dic-26
LAGRIXOV (LAGRIMAS ARTIFICIALES) X 15 ML GOTAS BLASKOV	8	2020M-0007052-R1	I02765	
FUMARATO FERROSO 330,00 MG CIANOCOBALAMINA (VIT B 12) 1,00 MG, ACIDF FALICO 7,50 MG, ACIDO ASCAR-BICO (VIT. C) 100,00 MG CAP 100 MG CAJA X 10 TAB	2	2014M-0014912	2504000833	mar-27
OMEPRAZOL CAP 20MG CAJA X 30 CAP	6		2502002047	sep-26
SULFADIACINA DE PLATA 1% CREMA HIDROSOLUBLE 1% CAJA X 1 CREMA DE 30GR	7	2023M-0001762-R2	02313A	oct-27
	3		01397A	jun-27
ACETONIDA DE TRIAMCINOLONA VIAL 10MG/ML CAJA X 1 VIAL DE 5 ML	3	2017M-3895-R4	8132751	sep-27
CARTILAGO SUS D4, FUNICULUS UMBILICALISA SUS 3 D4 - ZEEL T AMPOLLAS - AMP 2,0ML CAJA X 5 AMP	14		540	abr-28
AMBROXOL SUSP 30MG/5ML FRASCO DE 120ML CAJA X 1	5	2023 M-0108847-R3	94578	oct-26
AMOXICILINA 875 + ACIDO CLAVULAMICO 125 TABLETAS 1 GR CAJA X 14 TABLETAS	5		974660	mar-27
TRIMETROPIM 160 MG/ SULFAMETAXOL 800 MG TAB 10 MG CAJA X 100 TAB	1	2021M-003367-R3	E01896A	sep-26
	2		F00124A	ene-27
CARBOXIMETILCELULOSA 0,5% SOLUCION OFTALMICA 15 ML CAJA X 1 FRASCO	4	2015M-0015734	25L3002	ene-27
CIPROFLOXACINA 0,3% SOLUCION OFTALMICA 5 ML CAJA X 1 FRASCO				
ARNICA MONTANA D3 1,5 G ; CALENDULA 15 OFFICINALISÃ 0,45 G; TRAUMEEL S CREMA - HEEL	2	MH2009-0001184	7685	sep-29
ACONITUMA NAPELLUSA D6A 2,2 MG AGARICUS D4 2 0,55 MG - SPASCUPREEL AMPOLLAS - AMP 1,1ML CAJA X 5	7		1941	abr-29
TROBAMICINA 0,3 % + DEXAMETASONA 1 MG/ML GOTAS OFTALMICAS 5	7		EP206	ene-28

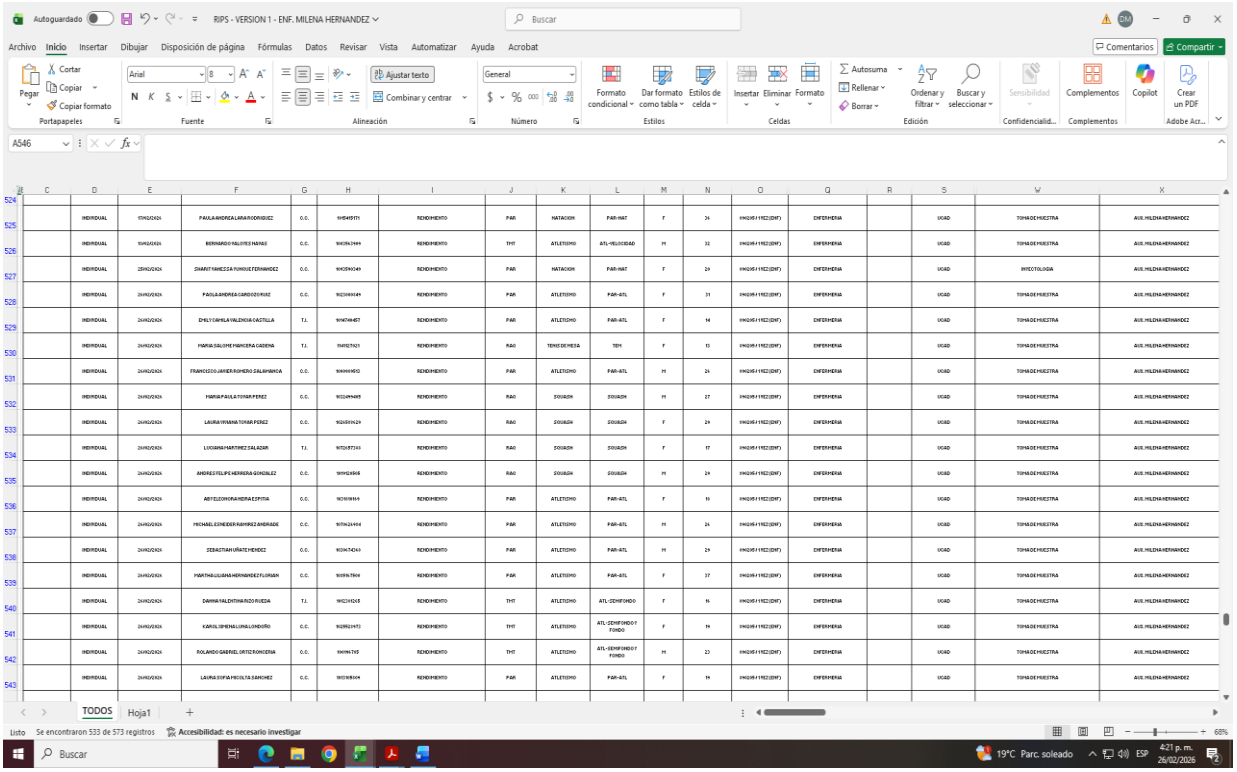
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

EVIDENCIA 4
LABORATORIO CLINICO- TOMA DE MUESTRAS

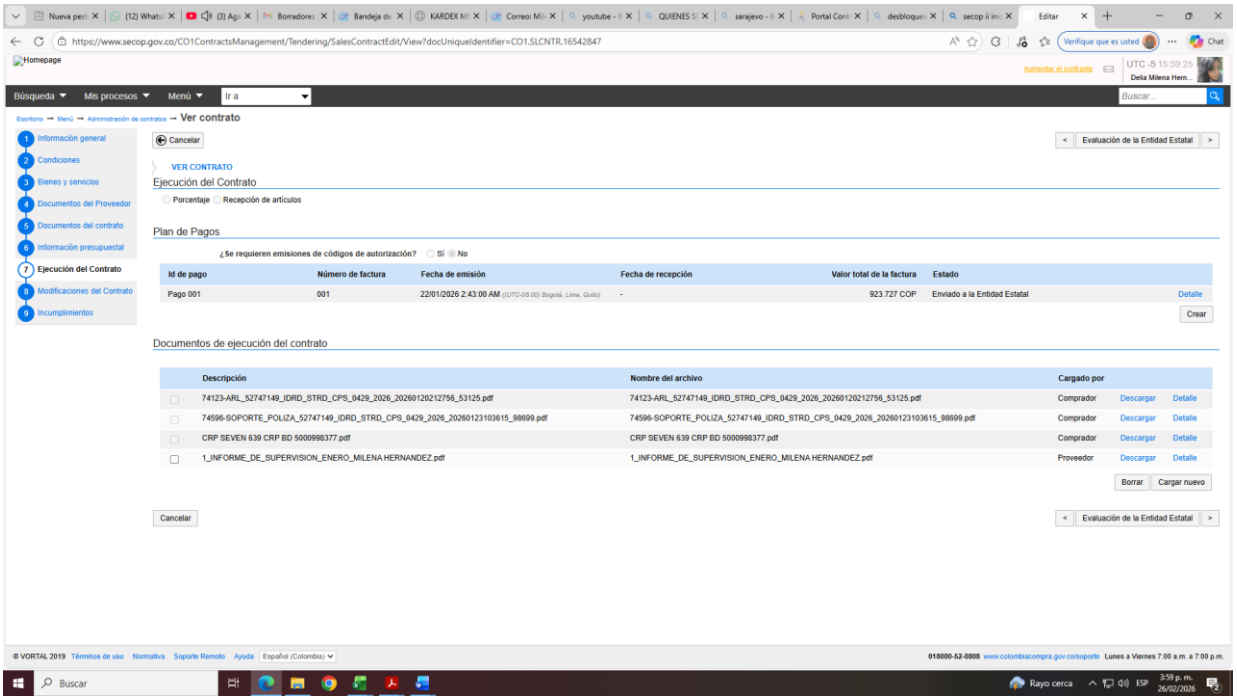




ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

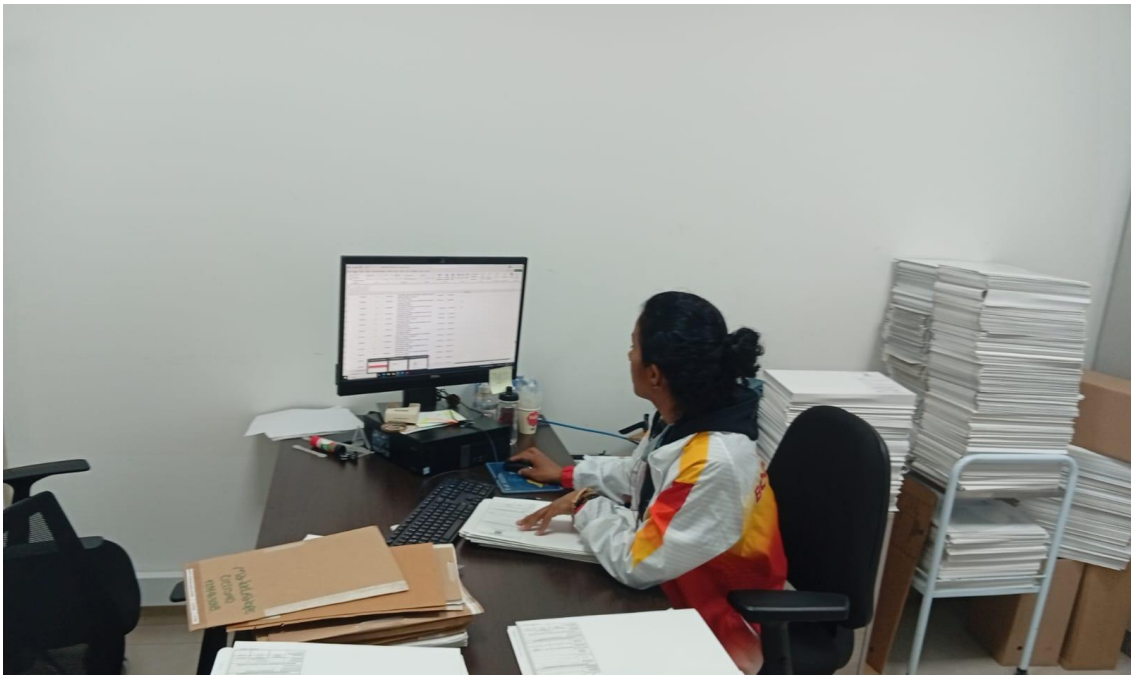


SECOP II



HISTORIAS CLINICAS





Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2026-03-02

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 0429 de 2026, suscrito entre el IDRD y DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN identificado con C.C 52747149, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. **SI** ☐ **NO** ☒

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) **SI** ☐ **NO** ☒

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** ☐ **NO** ☒

D. Soy responsable de Iva **SI** ☐ **NO** ☒

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de: 0

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2025 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) **SI** ☐ **NO** ☒

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

- Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor % 0 (% de 1 a 100)

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2025 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.

4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia del pago.

5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia de la consignación.

6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** ☐ **NO** ☒

7. Número de dependientes, conforme establecido en el inciso 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario (72 UVT) hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. 0

- Hijos menores de 18 años **SI** ☐ **NO** ☒
  Requiere registro civil.
- Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** ☐ **NO** ☒
  Requiere anexar certificación semestral de pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa.
- Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
  Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT (2025) $12,947.740 anuales, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
  Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT (2025) $12,947.740 anuales, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
  Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.



Firma: _____
Nombre: DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
Cédula: 52747149

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel: 660 5400
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 20 dn 61c sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106130226	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	65947039	9498515552	I	2026/02/11	2026/02/16	NEQUI	5	$543,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	52747149	HERNANDEZ DELIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 20 dn 61c sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106130226	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	65947039	9498515552	I	2026/02/11	2026/02/16	NEQUI	5	$543,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$900	$0	$281,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$900	$0	$281,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$700	$0	$219,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$700	$0	$219,600
TOTAL				1	$541,800	$1,800	$0	$543,600