E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			
CÓDIGO: C-F-04	INFORME DE SUPERVISIÓN	Página 1 de 1	
VERSIÓN: 07		07/03/2024	

INFORME No. 4

CONTRATO:	**322**	**DEL AÑO:**	**2026**
CONTRATISTA:	**GOBA COLOMBIA S.A.S**	**CC/CE/NIT No:**	**901.286.932-5**
OBJETO:	**SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA SEDACIÓN ANESTÉSICA INHALADA EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**		
PERIODO DEL INFORME	**FEBRERO**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE FACTURA	SALDO	FACTURA
$ 1.073.478.701,00	$ 252.435.890,00	12/02/2026	$ 821.042.811,00	G-0842
	$ 216.906.524,00	20/02/2026	$ 604.136.287,00	G-0849
	$ 33.426.955,00	12/02/2026	$ 570.709.332,00	G-0843 NC-103
	$ 96.622.621,00	23/02/2026	$ 474.086.711,00	G-0850

COMPONENTE TÉCNICO

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

ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	EL contratista deberá asegurar las condiciones de seguridad conservación del producto durante la cadena de distribución (transporte) a la E.S.E Universitario San Rafael De Tunja.	El contratista durante la ejecución del contrato ha cumplido con esta actividad.	x				Entrega a satisfacción de cada uno de los insumos solicitados según acta de recepción que reposa en el servicio Farmacéutico.
2	El contratista se obliga a garantizar la calidad de los insumos suministrado: Los empaques de los dispositivos médicos deben ser originales de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles y con instrucciones de uso y manejo en idioma español. Lo anterior es	El contratista durante la ejecución del contrato ha cumplido con esta actividad.	x				Entrega a satisfacción de cada uno de los insumos solicitados según acta de recepción que reposa en el servicio Farmacéutico.

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

	requisito para la entrega del producto y recepción a satisfacción de todos y cada uno de los insumos.						
3	El contratista deberá suministrar los insumos con fecha de vencimiento igual o superior a 18 meses, a la fecha de entrega. Siempre y cuando las características técnicas del mismo lo permitan. En caso que el contratista envié insumos con fechas inferiores a lo estipulado, es su deber informar al servicio farmacéutico de la E.S.E. para su aceptación y enviar carta de compromiso para el cambio de los insumos en dado el caso que no alcance a rotar dichas existencias, de no informar y enviar la carta el proveedor asumirá el cambio de dichos insumos.	El contratista suministro los insumos con fecha de vencimiento superior a los 18 meses a la fecha de entrega	x				Entrega a satisfacción de cada uno de los insumos solicitados según acta de recepción que reposa en el servicio Farmacéutico.
4	Al Entregar los Insumos. El contratista o empresa transportadora del contratista debe permitir que el personal de Bodega de Farmacia realice el proceso de recepción técnico-administrativa de insumos, o aceptar los cambios o devolución de los errores encontrados en dicho proceso. Toda solicitud debe ser entregada en el servicio farmacéutico de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja, ubicado en la carrera 11 No. 27 -27 primer piso.	El contratista ha garantizado durante el desarrollo del contrato la realización del proceso de recepción técnico administrativa de los insumos solicitados y acepto los cambios y devoluciones de los errores encontrados.	x				Entrega a satisfacción de cada uno de los insumos solicitados según acta de recepción que reposa en el servicio Farmacéutico.
5	Documentos de Entrega: Una vez contratados los insumos, el contratista deberá presentar factura la cual debe contener además de los requisitos de ley, número del contrato, número de lote, CUM, fecha de vencimiento, laboratorio fabricante. y/o comercializador, nombre del dispositivo médico, presentación, concentración, cantidad facturada.	El contratista con cada uno de los insumos suministrados presentó la respectiva factura.	x				Facturas adjuntas al informe de supervisión
6	Trámite de la Factura: El contratista deberá adjuntar el pago de seguridad social y parafiscales y/o certificación de los pagos de los mismos firmado por el revisor fiscal o representante legal de la	El contratista adjunto certificación correspondiente al pago de seguridad social y parafiscales firmado por el	x				Certificados anexos en el informe de supervisión **No.4**

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

	empresa, los cuales deben ser acordes a la fecha de la factura.	revisor fiscal de la empresa.					
7	Política de Devolución. El contratista deberá aceptar la devolución o cambio de los insumos próximos a vencer siempre y cuando se les informe con tres (03) meses de antelación a su vencimiento.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A
8	El contratista deberá hacerse responsable de la recogida de mercancías que se alleguen con errores logísticos a la Institución.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A
9	El contratista deberá ser responsable de la recolección de los insumos vencidos para disposición final.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A
10	Tiempo de entrega insumos prioridad normal: El proveedor se comprometerá en entregar los insumos en cinco (05) días calendario.	Los insumos solicitados fueron entregados de forma oportuna por parte del proveedor.	x				Solicitudes de pedido realizadas por el área de farmacia y recepción de los insumos junto con las facturas.
11	Tiempo De Entrega Insumos En Prioridad Emergencia: El proveedor se comprometerá en entregar los insumos en tres (03) días calendario.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A
12	El contratista acepta y autoriza con la sola presentación de la propuesta, que en caso de que uno o varios de los insumos disminuyan su rotación, el hospital puede en cualquier momento modificar o dar por terminado unilateralmente el contrato suscrito durante la vigencia, así mismo en casos de incumplimiento en entregas el Hospital podrá retomar el presupuesto asignado para el o los insumos pendientes y eliminarlos del contrato de manera unilateral. En el evento de baja rotación de un producto podrá solicitarse otros productos objeto del mismo contrato, siempre y cuando no se desborde el valor total del contrato y el insumo se solicite de acuerdo al valor inicialmente ofertado.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A

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

13	En Caso de Existir Reportes de Farmacovigilancia o Tecnovigilancia durante la ejecución del contrato y posterior, relacionados con los medicamentos y/o insumos médicos, el contratista se verá obligado a recibir los productos despachados, a acompañar la investigación por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica y/o el Comité de Seguridad del paciente y si se concluye fallas del producto, el hospital está facultado para retirarlos del contrato, así mismo el contratista está en obligación de realizar el cambio de los productos sin ningún costo adicional para el Hospital. El contratista deberá dar respuesta en un término de 10 días hábiles, a los reportes enviados por los programas Farmacovigilancia o Tecnovigilancia de la institución.	No se presentó novedad para esta actividad.				x	N/A
14	El contratista deberá efectuar la entrega de la totalidad de insumos según solicitud, la cual se realizará mediante correo electrónico, en los tiempos estipulados. De no cumplir con las entregas se acogerá a las debidas sanciones de ley.	El contratista ha cumplido con esta actividad a cabalidad.	x				Ingreso al inventario de **Farmacia: 113924** **Factura: G-0850**
15	El contratista garantiza la disponibilidad de un stock del 20% de los insumos que le sea contratado, para asegurar la entrega oportuna.	El contratista ha garantizado el despacho de los insumos contratados.	x				Facturas adjuntas al informe de supervisión
16	El contratista deberá garantizar y mantener los precios ofertados hasta el final de la ejecución del contrato.	El contratista ha cumplido con esta actividad a cabalidad.	x				Facturas adjuntas al informe de supervisión

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

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No.322 DE 2026

HACE CONSTAR:

Que, **GOBA COLOMBIA S.A.S**, presentó los documentos requeridos dentro DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA SEDACIÓN ANESTÉSICA INHALADA EN

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

PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.), durante el mes de febrero del año 2026.

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL			FACTURA	x	
CUENTA DE COBRO			CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA	x	
INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	x	
			INFORME DE ACTIVIDADES	N/A	

Las actividades reportadas en el presente informe de supervisión corresponden a las actividades contratadas y ejecutadas por el contratista.

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de **NOVENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDÓS MIL SEISCIENTOS VEINTIÚN PESOS ($ 96.622.621,00) M/CTE.**

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

En constancia, se firma para efectos de pago.

ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
Supervisor del contrato

DIANA ROCÍO MARTÍNEZ GARCIA
Directora Técnica Servicio Farmacéutico

Revisó: ALIS ESTEFANY RODRIGUEZ CONTRERAS
Tecnóloga Líder del Servicio Farmacéutico

Elaboró: Leidy Susana Cipamocha Lucero- Regente de Farmacia
C.C. Carpeta del contrato

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

LA DIRECTORA TECNICA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

CERTIFICA:

Que la empresa: **GOBA COLOMBIA S.A.S.** con NIT: **901.286.932-5**

Suministró: SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA SEDACIÓN ANESTÉSICA INHALADA EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

Según Contrato No.**322** de 2026 Factura (s) No: **G-0850**

por un valor de **NOVENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDÓS MIL SEISCIENTOS VEINTIÚN PESOS ($ 96.622.621,00) M/CTE.** cumpliendo las especificaciones técnicas ofertadas y contratadas para tal fin con corte a la fecha actual; cuyos insumos ingresan al inventario de Farmacia con No. ingreso : **113924**

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

En constancia, se firma para efectos de pago.

La presente solicitud se expide a solicitud del interesado, el 27 de febrero de 2026

DIANA ROCÍO MARTÍNEZ GARCIA
Directora Técnica Servicio Farmacéutico

Revisó: ALIS ESTEFANY RODRIGUEZ CONTRERAS
Tecnóloga Líder del Servicio Farmacéutico

Elaboró: Leidy Susana Cipamocha Lucero- Regente de Farmacia
C.C. Carpeta del contrato

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

SERVICIO FARMACEUTICO

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

CT 322

COMPROBANTE DE INGRESO

EA - ENTRADAS Número: 0113924

Señores: GOBA COLOMBIA SAS
NIT/C.C.: 901286932 Señor (a): GOBA COLOMBIA SAS
Servicio: AP01 - BODEGA GENERAL FARMACIA

Nro. Doc/Factura: G-0850 Fecha Factura: 2026/02/24
Fecha: 2026/02/24
Concepto: 033 - INGRESOS PARCIALES
Moneda: PESO COLOMBIANO TRM: .00

** DETALLE DE ARTÍCULOS **

CODIGO	GRU	NOMBRE GENERICO	UN	FT	#-DOC	CANTIDAD	VALOR/UNI	I.V.A.	VALOR NETO
DMCP60(	27G	SISTEMA DE ADMINISTRACION DE ANESTESICOS DE 50 ML ANACONDA - INSUMO ESPECIAL	UN			120.00	676,629.00	15,427,141	96,622,621
								15,427,141	96,622,621

** DETALLE DE CUENTAS **

CUENTA	APLICA	CONTAB.	NOMBRE	DÉBITOS	CRÉDITOS	BASE
15140401	Internacional	Internacional	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	96,622,621	0	0
24010101	Ambas	Internacional	PROVEEDORES	0	93,496,595	0
24362501	Ambas	Internacional	RETE/IVA RESPONSABLES DE IVA	0	2,314,071	15,427,141
24362704	Ambas	Internacional	DEMAS ACTIVIDADES COMERCIALES	0	811,955	81,195,480
			TOTAL INTERNACIONAL	96,622,621	96,622,621	
			TOTAL LOCAL	0	0	

DETALLE RECEPCIÓN DE MERCANCIA

ITEM	CODIGO	NOMBRE COMERCIAL	CANT	LOTE	FECHA VEN	CUM	IUM	REGISTRO INVIMA	TEMP
1	DMCP600	SISTEMA DE ADMINISTRACION DE ANESTESICOS DE 50 ML ANACONDA - INSUMO ESPECIAL	120.00	N001589.	2026/06/26	20180859-1		2020DM-0021805	

Contrato:

COORD. SERVICIO FARMACEUTICO

Fecha :2026/02/24 Hora: 09:26:34 Usuario:silviaer Terminal:*

Periodo: 2026/02 - civmov 8.0.43



GOBA DE COLOMBIA S.A.S.
NIT 901.286.932-5
Dir Cl 25 G No 85 B - 65
Tel. 6 42 18 16 - 310 268 88 62
CONTACTO@GOBA.CO
Actividad 4659 tarifa 11.04 por mil

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No.G-0850

RESOLUCION AUTORIZACION FACTURACION
ELECTRONICA DIAN No. 18764096617029
DEL 2025-08-05 HASTA 2026-08-06
DESDE G-0661 HASTA G-1000
NO SOMOS AUTORETENEDORES REGIMEN COMUN

CLIENTE : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
NIT : 891800231-0
DIRECCION : CARRERA 11 Nº 27 -27
TELEFONO : 6087405030 6087405030 6087405030

Fecha De Factura : 2026.02.23
Vencimiento : 2026.03.23
Forma De Pago: CREDITO 28
Medio De Pago: Acuerdo Mutuo

It	U.M.	Cantidad	Descripcion	Vlr Unit	IVA	Tarifa	Valor Total
1	94	120.00	26050 ANACONDA S 50 ML-LOTE N° N001589 FECHA DE VENCIMIENTO 26-06-2026	$ 676,629.00	15,427,141.20	19%	$ 96,622,621.20

Hora Emision 2026.02.23 **Total de Items :** 1

Hora Validacion : 2026-02-23T11:18:52-05:

Sello : ybWwnhBI8IiSvEOv2gqHxdir7mKKaJleNO8rIcDYevxvTwTvgLFIesRkf5XcciclB/gRk+6PoLUpIIraSE1uo7o0qetr8zWjYDC606y9Cd0q2qu+kvI0L+sk38SE2WuP0CvORnSQvE+p4w/EjGrW/TLU205+ziPNZUEFjxq8+ZOU7cWQtfORXaItqE6yYXclRp08dfUJ6N9

CUFE : dc19333b0c829cc47df2a486c1e136562556646c4fb341449a91d71d6586bb166f8977acb27dca25a5e07749d188fbea

OBSERVACIONES

SON : NOVENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTI DOS MIL SEISCIENTOS VEINTI UN PESOS CON VEINTE CTS MCTE

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art. 774 C.C.)
Después del vencimiento de la factura se cobraran intereses de mora según la tasa legal vigente
La Empresa NO acepta devoluciones despues de 9 dias de recibida la mercancia
por parte del comprador (Art.26 Co Co)
Realizar los pagos en la cuenta corriente Banco de Occidente 242974509

SUBTOTAL :	**$ 81,195,480.00**
Base Excento:	**$ 0.00**
Base Excluido:	**$ 0.00**
Base IVA 19%:	**$ 81,195,480.00**
IVA :	**$ 15,427,141.20**
TOTAL :	**$ 96,622,621.20**

FIRMA RECIBIDO
C.C.

Proveedor Tecnologico: Software Propio, Suministrador por Sistema Administrativo AlDia Ltda. Nit 900.252.837-3

CERTIFICACION PARAFISCALES
Paz y Salvo de Aportes Parafiscales

Yo **Doly Sánchez Pérez**, identificada con cedula de ciudadanía No 52.828.444 de Bogotá y con tarjeta profesional No. 123038-T, de la junta central de contadores, enmi condición de contador del **GOBA COLOMBIA SAS**, identificada con NIT: 901.286.932, Certifico que desde su conformación, este ha realizado el pago de los salarios, prestaciones sociales, aportes al sistema de seguridad social y parafiscales, adjuntamos pago de planilla N. 9498542365 Correspondiente al periodo ENERO – FEBRERO 2026, exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes,

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá, febrero 20 de 2026.

DOLY SANCHEZ
CONTADOR PÚBLICO
TP.123038-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

218A9E58985D1EB4

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 **DOLY JASVEIDY SANCHEZ PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52828444 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 123038-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Febrero de 2026 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



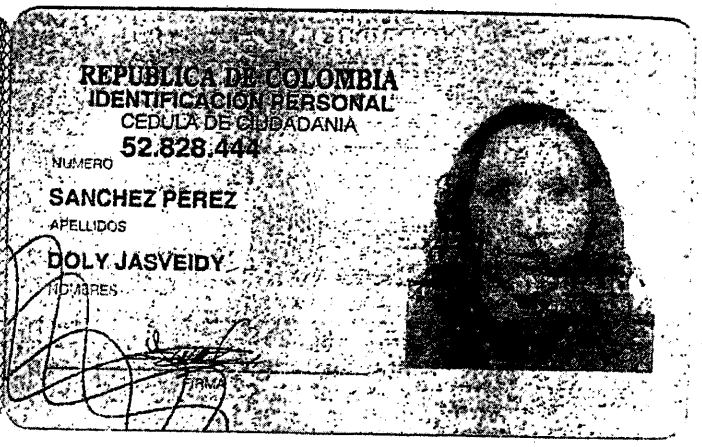
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

123038-T

DOLY JASVEIDY
SANCHEZ PEREZ
C.C. 52828444
RESOLUCION INSCRIPCION 331 FECHA 2006/11/30
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. NUEVA COLOMBIA

PRESIDENTE

HECTOR JAIME CORREA PINZON 43320

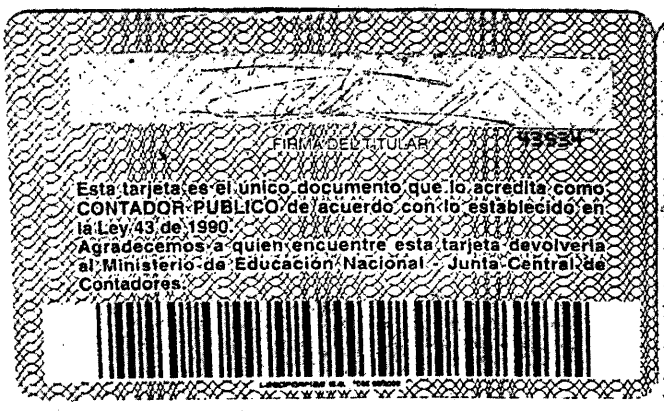


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.828.444

SANCHEZ PEREZ
APELLIDOS

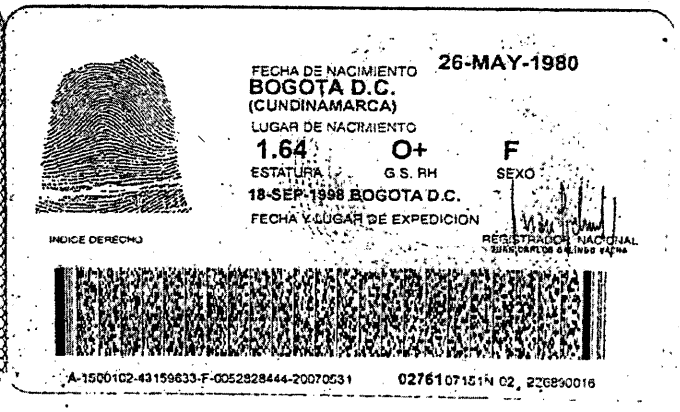
DOLY JASVEIDY
NOMBRES

FIRMA



FIRMA DEL TITULAR 43534

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-SEP-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500102-43159633-F-0052828444-20070531 0276107151N 02 226890016

Scanned with 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
NIT 901286932	5	GOBA COLOMBIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 25G 85B 65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6359592	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	10008941	9498542365	E	2026/02/09	2026/01/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,662,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRACION (2 Afiliados)																						$5,624,000	$899,900			$5,624,000	$524,500			$5,624,000	$225,000			$5,624,000		$29,400		$3,524,000	$176,300		$1,855,100
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (2 Afiliados)																						$5,624,000	$899,900			$5,624,000	$524,500			$5,624,000	$225,000			$5,624,000		$29,400		$3,524,000	$176,300		$1,855,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$5,624,000	$899,900			$5,624,000	$524,500			$5,624,000	$225,000			$5,624,000		$29,400		$3,524,000	$176,300		$1,855,100
1	CC	1023959172	PEREZ MARIA								X									23030 1	30	$3,524,000	$563,900	EPS005	30	$3,524,000	$440,500	CCF24	30	$3,524,000	$141,000	14-11	30	$3,524,000	0.522%	$18,400	30	$3,524,000	$176,300	No	$1,340,100
2	CC	1023977620	PEREZ MARIA								X									23030 1	30	$2,100,000	$336,000	EPS005	30	$2,100,000	$84,000	CCF24	30	$2,100,000	$84,000	14-11	30	$2,100,000	0.522%	$11,000	30	$0	$0	Si	$515,000

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VENTAS RISARALDA (1 Afiliados)																						$3,053,100	$488,500			$3,053,100	$122,200			$3,053,100	$122,200			$3,053,100		$74,400		$0	$0		$807,300
Centro de Trabajo: RI (1 Afiliados)																						$3,053,100	$488,500			$3,053,100	$122,200			$3,053,100	$122,200			$3,053,100		$74,400		$0	$0		$807,300
Ciudad: DOSQUEBRADAS Depto: RISARALDA (1 Afiliados)																						$3,053,100	$488,500			$3,053,100	$122,200			$3,053,100	$122,200			$3,053,100		$74,400		$0	$0		$807,300
3	CC	80499461	CRUZ CESAR								X									25-14	30	$3,053,100	$488,500	EPS005	30	$3,053,100	$122,200	CCF44	30	$3,053,100	$122,200	14-11	30	$3,053,100	2.436%	$74,400	30	$0	$0	Si	$807,300
Total	**Afiliados(3)**																					$8,677,100	$1,388,400			$8,677,100	$646,700			$8,677,100	$347,200			$8,677,100		$103,800		$3,524,000	$176,300		$2,662,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$1,388,400	$0	$0	$1,388,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$488,500	$0	$0	$488,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$899,900	$0	$0	$899,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$103,800	$0	$0	$103,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$103,800	$0	$0	$103,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$347,200	$0	$0	$347,200
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	1	$122,200	$0	$0	$122,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$646,700	$0	$0	$646,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$646,700	$0	$0	$646,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$105,800	$0	$0	$105,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$105,800	$0	$0	$105,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,500	$0	$0	$70,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$70,500	$0	$0	$70,500
TOTAL				3	$2,662,400	$0	$0	$2,662,400