| 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. 6

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | **MARZO** | | |

## 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 |
| | $ 4.138.939,00 | 04/03/2026 | $ 469.947.772,00 | G-0863 |
| | $ 6.697.439,00 | 04/03/2026 | $ 463.250.333,00 | G-0864 |

## 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, | 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | perfectamente legibles y con instrucciones de uso y manejo en idioma español. Lo anterior es 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 | El contratista adjunto certificación correspondiente al pago | x | | | | Certificados anexos en el informe de supervisión **No.6** |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | y/o certificación de los pagos de los mismos firmado por el revisor fiscal o representante legal de la empresa, los cuales deben ser acordes a la fecha de la factura. | de seguridad social y parafiscales firmado por el 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 retornar 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 | 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | y el insumo se solicite de acuerdo al valor inicialmente ofertado. | | | | | | |
| 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**: 3200 **Factura: G-0864** |
| 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**

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

**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 PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.), durante el mes de marzo 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 **SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS ($ 6.697.439,00) 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: OLGA LUCIA CRUZ ARCOS**
Profesional Universitario 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-0864**

por un valor de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS ($ 6.697.439,00) 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 : **3200**

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 10 marzo de 2026

**DIANA ROCIO MARTÍNEZ GARCIA**
Directora Técnica Servicio Farmacéutico

**Revisó: OLGA LUCIA CRUZ ARCOS**
Profesional Universitario 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 3211

## COMPROBANTE DE INGRESO

EA - ENTRADAS  Número: 0003200

Señores: GOBA COLOMBIA SAS
NIT/C.C.: 901286932 Señor (a): GOBA COLOMBIA SAS
Servicio: HUN1 - BODEGA EXTERNA OSHER - HUSRT

Nro. Doc/Factura: G-0864
Fecha: 2026/03/04
Concepto: 033 - INGRESOS PARCIALES
Moneda: PESO COLOMBIANO
Fecha Factura: 2026/03/04
TRM: .00

### ** DETALLE DE ARTÍCULOS **

| CODIGO | GRU | NOMBRE GENERICO | UN | FT | #-DOC | CANTIDAD | VALOR/UNI | I.V.A. | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DMCP601 | 35G | ADAPTADOR DE LLENADO CON SEGURIDAD | UN | | | 100.00 | 56,281.00 | 1,069,339 | 6,697,439 |
| | | | | | | | | 1,069,339 | 6,697,439 |

### ** DETALLE DE CUENTAS **

| CUENTA | APLICA | CONTAB. | NOMBRE | DÉBITOS | CRÉDITOS | BASE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15140401 | Internacional | Internacional | MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | 6,697,439 | 0 | 0 |
| 24010101 | Ambas | Internacional | PROVEEDORES | 0 | 6,480,757 | 0 |
| 24362501 | Ambas | Internacional | RETE/IVA RESPONSABLES DE IVA | 0 | 160,401 | 1,069,339 |
| 24362704 | Ambas | Internacional | DEMAS ACTIVIDADES COMERCIALES | 0 | 56,281 | 5,628,100 |
| | | | TOTAL INTERNACIONAL | 6,697,439 | 6,697,439 | |
| | | | TOTAL LOCAL | 0 | 0 | |

### DETALLE RECEPCIÓN DE MERCANCIA

| ITEM | CODIGO | NOMBRE COMERCIAL | CANT | LOTE | FECHA VEN | CUM | IUM | REGISTRO INVIMA | TEMP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DMCP600 | | 1.00 | | 0000/00/00 | | | | |
| 1 | DMCP601 | ADAPTADOR DE LLENADO CON SEGURIDAD | 100.00 | N002543 | 2028/04/20 | 20180859-1 | | 2020DM-0021805 | |

Contrato:

COORD. SERVICIO FARMACEUTICO

Fecha :2026/03/04 Hora: 17:56:54 Usuario:johnmoreno Terminal:*

Periodo: 2026/03 - 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-0864**

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 :** 2026.03.04
**Vencimiento :** 2026.04.04
**Forma De Pago:** CREDITO 31
**Medio De Pago:** Acuerdo Mutuo

| It | U.M. | Cantidad | Descripcion | Vlr Unit | IVA | Tarifa | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 94 | 100.00 | 26048 SINGLE USE FILLING ADAPTER--LOTE N002543-FECHA DE VENCIMIENTO 20/04/2028 | $ 56,281.00 | $1,069,339.00 | ,19% | $ 6,697,439.00 |

**Hora Emision :** 2026.03.04 **Total de Items :** 1

**Hora Validacion :** 2026-03-04T13:26:14-05:

**Sello :** SV6u4P4zKNZ4uNspgLiQN2zuGqLCVJxQ9GAEtXLqgYfW8p9gWP+5ktSfHGLkdQKRs8BBrDZn/xnfkQaGPluSX2vrT6UTYb7+WO vDGl+vQHzh+RBqdzw0OL2mkGJdtYTTomoI2PBxWSRUdWT5Vs2ZdZZPcUuojTLT7udpSNtwVQFSJ7aFlBEpZSQ+li2FmCTfj3Zo

**CUFE :** 9b1a1d452171793c49ddc0f6570e218040496851e66f3b81743893bafc367c2d74da10c b93e5dd04ee12d9c63dc07199

**OBSERVACIONES**

**SON : SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON CERO 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 :** | **$ 5,628,100.00** |
| **Base Excento:** | **$ 0.00** |
| **Base Excluido:** | **$ 0.00** |
| **Base IVA 19%:** | **$ 5,628,100.00** |
| **IVA :** | **$ 1,069,339.00** |
| **TOTAL :** | **$ 6,697,439.00** |

FIRMA RECIBIDO
C.C.

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

218A3E5898501EB4

**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

## CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL
## PAZ Y SALVO DE APORTES PARAFISCALES

Yo, **Doly Sánchez Pére**z, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.828.444 de Bogotá y con Tarjeta Profesional No. 123038-T expedida por la Junta Central de Contadores, en mi calidad de Contadora del **GOBA COLOMBIA S.A.S., identificada con NIT 901.286.932-5**, certifico que desde su constitución la sociedad ha realizado oportunamente el pago de los salarios, prestaciones sociales y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales.

Se adjunta soporte de pago de la **planilla Pila No. 9501098372,** correspondiente al período **febrero – marzo de 2026,** mediante la cual se evidencia el cumplimiento de las obligaciones exigidas por la ley, encontrándose la empresa a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La presente certificación se expide en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Se expide en Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de marzo de 2026.

DOLY SÁNCHEZ
**CONTADOR PÚBLICO**
**TP.123038-T**

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 13320

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.828.444

NUMERO

SANCHEZ PEREZ

APELLIDOS

DOLY JASVEIDY

NOMBRES



FIRMA

FIRMA DEL TITULAR

43834

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.



INDICE DERECHO

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

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL

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 |
| 2026-02 | 2026-03 | 115830224 | 9501098372 | E | 2026/03/09 | 2026/03/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $3,324,500 |

## 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 | 230301 | 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 | 230301 | 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 |

## 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 BARRANQUILLA (1 Afiliados)** | | | | | | | $2,700,000 | $432,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | | $14,100 | | $0 | $0 | | $662,100 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)** | | | | | | | $2,700,000 | $432,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | | $14,100 | | $0 | $0 | | $662,100 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados) | | | | | | | $2,700,000 | $432,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | $108,000 | | | $2,700,000 | | $14,100 | | $0 | $0 | | $662,100 |
| 4 | CC | 39058311 | PEREZ EVA | X | 25-14 | 30 | $2,700,000 | $432,000 | ESSC07 | 30 | $2,700,000 | $108,000 | CCF07 | 30 | $2,700,000 | $108,000 | 14-11 | 30 | $2,700,000 | 0.522% | $14,100 | 30 | $0 | $0 | Si | $662,100 |
| **Total** | **Afiliados( 4)** | | | | | | $11,377,100 | $1,820,400 | | | $11,377,100 | $754,700 | | | $11,377,100 | $455,200 | | | $11,377,100 | | $117,900 | | $3,524,000 | $176,300 | | $3,324,500 |

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) | | | | 4 | $1,820,400 | $0 | $0 | $1,820,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $920,500 | $0 | $0 | $920,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 2 | $899,900 | $0 | $0 | $899,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $117,900 | $0 | $0 | $117,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 4 | $117,900 | $0 | $0 | $117,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 4 | $455,200 | $0 | $0 | $455,200 |
| COMFAMILIAR ATLANTICO | CCF07 | 890,101,994 | 9 | 1 | $108,000 | $0 | $0 | $108,000 |
| 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: 2) | | | | 4 | $754,700 | $0 | $0 | $754,700 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $108,000 | $0 | $0 | $108,000 |
| 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** | | | | **4** | **$3,324,500** | **$0** | **$0** | **$3,324,500** |