INFORME No. 03

CONTRATO:	**150**	**DEL AÑO:**	**2026**
CONTRATISTA:	**UNION TEMPORAL ANGIOVASCULAR**	**C.C. / C.E. /NIT No.:**	**901297432-1**
OBJETO:	**OPERACIÓN SERVICIO DE HEMODINAMIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		
PERIODO DEL INFORME:	**01 DE FEBRERO AL 15 DE FEBRERO 2026**		

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
$ 13.000.0000.000,00	$ 1.629.671.281.00	ENERO	$ 11.370.328.719.00	FE 1841 FE 1842 FE 1843 FE 1844 FE 1845 FE 1846 FE 1847 FE 1848 FE 1849 FE 1850 FE 1851 FE 1852 FE 1853 FE 1854 FE 1855 FE 1856 FE 1857 FE 1858 FE 1859 FE 1860 FE 1861 FE 1862 FE 1863 FE 1864 FE 1865 FE 1866 FE 1867 FE 1868 FE 1869 FE 1870 FE 1871 FE 1872 FE 1873 FE 1874 FE 1875 FE 1876 FE 1877 FE 1878 FE 1879 FE 1880 FE 1881 FE 1882 FE 1883 FE 1884 FE 1885 FE 1886 FE 1887 FE 1888 FE 1889 FE 1890 FE 1891 FE 1892 FE 1893 FE 1894 FE 1895 FE 1896 FE 1897 FE 1898 FE 1899 FE 1900 FE 1901 FE 1902 FE 1903 FE 1904 FE 1905 FE 1906

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

				FE 1907 FE 1908 FE 1909 FE 1910 FE 1911 FE 1912 FE 1913 FE 1914 FE 1915 FE 1916 FE 1917 FE 1918 FE 1919 FE 1920 FE 1921 FE 1922 FE 1923 FE 1924 FE 1925 FE 1926 FE 1927 FE 1928 FE 1929 FE 1930 FE 1931 FE 1932 FE 1933 FE 1934 FE 1935 FE 1936 FE 1937 FE 1938 FE 1939 FE 1940 FE 1941 FE 1942 FE 1943 FE 1944 FE 1945 FE 1951
	$ 1.376.722.999	ENERO	$ 9.993.605.720	FE 1946 FE 1947 FE 1948 FE 1949 FE 1950 FE 1952 FE 1953 FE 1954 FE 1955 FE 1956 FE 1957 FE 1958 FE 1959 FE 1960 FE 1961 FE 1962 FE 1963 FE 1964 FE 1965 FE 1966 FE 1967 FE 1968 FE 1969 FE 1970 FE 1971 FE 1972 FE 1973 FE 1974 FE 1975 FE 1976 FE 1977 FE 1978 FE 1979 FE 1980 FE 1981 FE 1982 FE 1983 FE 1984 FE 1985 FE 1986 FE 1987 FE 1988 FE 1989 FE 1990 FE 1991 FE 1992 FE 1993 FE 1994 FE 1995 FE 1996 FE 1997 FE 1998 FE 1999 FE 2000 FE 2001 FE 2002 FE 2003 FE 2004

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

				FE 2005 FE 2006 FE 2007 FE 2008 FE 2009 FE 2010 FE 2011 FE 2012 FE 2013 FE 2014 FE 2015 FE 2016 FE 2017 FE 2018 FE 2019 FE 2020 FE 2023 FE 2024 FE 2025 FE 2026 FE 2027 FE 2028 FE 2029 FE 2030 FE 2031 FE 2032 FE 2033 FE 2034 FE 2035 FE 2036 FE 2037 FE 2038 FE 2039 FE 2040 FE 2041 FE 2042 FE 2043 FE 2044 FE 2045 FE 2046 FE 2047 FE 2048 FE 2049 FE 2050 FE 2051 FE 2052 FE 2053 FE 2054 FE 2055
	$ 1.678.479.899	FEBRERO	$ 8.315.125.821	FE 2056 FE 2057 FE 2058 FE 2059 FE 2060 FE 2061 FE 2062 FE 2063 FE 2064 FE 2065 FE 2066 FE 2067 FE 2068 FE 2069 FE 2070 FE 2071 FE 2072 FE 2073 FE 2074 FE 2075 FE 2076 FE 2077 FE 2078 FE 2079 FE 2080 FE 2081 FE 2082 FE 2083 FE 2084 FE 2085 FE 2086 FE 2087 FE 2088 FE 2089 FE 2090 FE 2091 FE 2092 FE 2093 FE 2094 FE 2095 FE 2096 FE 2097 FE 2098 FE 2099 FE 2100 FE 2101 FE 2102 FE 2103

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

				FE 2104 FE 2105 FE 2106 FE 2107 FE 2108 FE 2109 FE 2110 FE 2111 FE 2112 FE 2113 FE 2114 FE 2115 FE 2116 FE 2117 FE 2118 FE 2119 FE 2120 FE 2121 FE 2122 FE 2123 FE 2124 FE 2125 FE 2126 FE 2127 FE 2128 FE 2129 FE 2130 FE 2131 FE 2132 FE 2133 FE 2134 FE 2135 FE 2136 FE 2137 FE 2138 FE 2139 FE 2140 FE 2141 FE 2142 FE 2143 FE 2144 FE 2145 FE 2146 FE 2147 FE 2148 FE 2149

COMPONENTE TÉCNICO

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

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	Realizar atención en consulta externa de las especialidades neurointervencionismo, cardiología intervencionista y electrofisiología según demanda y necesidad del servicio.	En el periodo del **1 AL 15 DE FEBRERO** se realizaron 3 jornadas de consulta de externa	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.

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

2	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos diagnósticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	En el periodo del **1 AL 15 DE FEBRERO** se realizaron procedimientos diagnósticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataform a SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.
3	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos terapéuticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	En el periodo del **1 AL 15 DE FEBRERO** se realizaron procedimientos terapéuticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
4	Realizar una jornada semanal de 6 horas de procedimientos del servicio de electrofisiología, la cual se ajustará de acuerdo a la necesidad de la entidad.	En el periodo del **1 AL 15 DE FEBRERO** se realizaron procedimientos del servicio de electrofisiología según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataform a SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.
5	Realizar jornadas de interconsulta de seis (06) horas diarias de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h, para todas las áreas del hospital donde sea requerida la definición de la conducta terapéutica relacionada con la naturaleza del servicio. nota: se entiende por el reconocimiento de interconsultas el artículo 76 manual tarifario soat: el reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. no habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el	En el periodo del **1 AL 15 DE FEBRERO** se realizaron 5 jornadas de interconsulta de electrofisiología.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.

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

	especialista consultado.						
6	Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo, calibración y capacitación de acuerdo con las fechas establecidas en el cronograma respectivo	Se cumplió parcialmente con la dotación tecnológica y biomédica requerida por la Resolución 3100 de 2019 en el servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la carpeta en físico- ubicada en el servicio de hemodinamia con las hojas de vida y soportes de mantenimiento y calibración de equipos tecnológicos y biomédicos.
7	Informar a Gestión de la Tecnología Biomédica de los cambios en el inventario frente al inventario inicialmente enviado.	Se cumplió parcialmente con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
8	Realizar la entrega de los reportes, soportes o evidencias de la ejecución de dichos cronogramas al subproceso de Gestión de la Tecnología biomédica durante los primeros 5 días del mes vencido del cumplimiento de la actividad correspondiente, a través del correo: cbiomedico@hospitalsanrafaeltunja.gov.co	Se cumplió parcialmente con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
9	Realizar y asumir técnica, administrativa y financieramente la ejecución de los mantenimientos correctivos y reparaciones de la tecnología biomédica de su propiedad	Se cumplido parcialmente con el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías establecido para el servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA**

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

							EQUIPOS BIOMEDICOS"
10	Informar al subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica de cambios en el inventario frente a la información inicialmente. Enviar notificación al correo: cbiomedico@hospitalsanrafaeltunja.gov.co	Se cumplió parcialmente con el diligenciamiento del formato para suficiencia de equipos biomédicos.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamad a **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
11	Adherirse a los procesos establecidos en el Programa Institucional de Tecnovigilancia de la Institución que se encuentra presente en el documento institucional SF-PG-17 o el documento que lo sustituya	Se da parcialmente cumplimiento al ítem mediante la implementación del Programa Institucional de Tecnovigilancia, basado en el documento SF-PG-17		X			Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
12	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo.	X				No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

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

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No 150 DE 2026

HACE CONSTAR:

Que, **UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR**, presentó INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO OBJETO DEL CONTRATO (anexos a la presente), durante el mes 01 al 15 de FEBRERO DE 2026

PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA		
DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL			FACTURA	x	

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

CUENTA DE COBRO			CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA	x	
INFORME DE ACTIVIDADES			CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	x	
			INFORME DE ACTIVIDADES	x	

Las actividades reportadas en el informe presentado por el contratista corresponden a las actividades contratadas y se ejecutaron a cabalidad.

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es **MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($1.678.479.899.00) M/CTE.**

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

En constancia, se firma para efectos de pago.

ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
SUPERVISOR

TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA APOYO SERVICIOS DE SALUD

Reviso: María Alejandra Páez Pinilla- Revisión aspecto financiero
Elaboró: Anggie Katherine Mancera González – Apoyo Revisión Cuentas

C.C. Carpeta del contrato

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

INFORME DE ACTIVIDADES No 3 DEL CONTRATO No. 150 DE 2026

NUMERO DE CONTRATO	**No. 150 DE 2026**	**DEPENDENCIA**	GESTÓN QUIRURGICA
OBJETO DEL CONTRATO	OPERACIÓN SERVICIO DE HEMODINAMIA PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR	**NIT**	901297432-1

PERIODO DEL REPORTE	1 AL 15 DE FEBRERO 2026

BALANCE FINANCIERO

ÍTEM	VALOR
VALOR DEL CONTRATO	$ 13.000.000.000
ADICIONES	$ 0
SALDO EJECUTADO	$ 3.006.394.280
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	$ 1.678.479.899
SALDO A EJECUTAR	$ 8.315.125.821

HORAS EJECUTADAS	N/A
OBSERVACIONES:	

VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS ***	**ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)**				**FUENTE DE VERIFICACIÓN**
			T (1)	P (2)	N (3)	NA (4)	
1	Realizar atención en consulta externa de las especialidades neurointervencionismo, cardiología intervencionista y electrofisiología según demanda y necesidad del servicio.	En el periodo del **1 al 15 de febrero de 2026** se realizaron 3 jornadas de consulta externa	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
2	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos diagnósticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no	En el periodo del **1 al 15 de febrero del 2026** se realizaron procedimientos diagnósticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.

	se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.						
3	Realizar de acuerdo a la demanda los procedimientos terapéuticos de neuro intervencionismo, cardiología intervencionista, cirugía endovascular periférica en horario de 7:00 am a 7:00 pm lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 12:00 m, exceptuando dos (2) fines de semana al mes en los que no se cuenta con hemodinamista y neuro intervencionista.	En el periodo del **1 al 15 de febrero de 2026** se realizaron procedimientos terapéuticos según relación anexa.	X				Se puede verificar a través de la plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes, Certificación de Analista de cuentas.
4	Realizar una jornada semanal de 6 horas de procedimientos del servicio de electrofisiología, la cual se ajustará de acuerdo a la necesidad de la entidad.	En el periodo del **1 al 15 de febrero de 2026** se realizaron procedimientos del servicio de electrofisiología según relación anexa.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.
5	Realizar jornadas de interconsulta de seis (06) horas diarias de lunes a viernes de 7:00 h a 13:00 h, para todas las áreas del hospital donde sea requerida la definición de la conducta terapéutica relacionada con la naturaleza del servicio. nota: se entiende por el reconocimiento de interconsultas el artículo 76 manual tarifario soat: el reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. no habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.	En el periodo del **1 al 15 de febrero de 2026** se realizaron 5 jornadas de interconsulta de electrofisiología.	X				Se puede verificar a través plataforma SERVINTE., Relación en Excel de consolidado de pacientes.
6	Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo, calibración y capacitación de acuerdo con las fechas establecidas en el cronograma respectivo	Se cumplió parcialmente con la dotación tecnológica y biomédica requerida por la Resolución 3100 de 2019 en el servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la carpeta en físico- ubicada en el servicio de hemodinamia con las hojas de vida y soportes de mantenimiento y calibración de equipos tecnológicos y biomédicos.
7	Informar a Gestión de la Tecnología Biomédica de los cambios en el inventario frente al inventario inicialmente enviado.	Se cumplió parcialmente con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los

							soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
8	Realizar la entrega de los reportes, soportes o evidencias de la ejecución de dichos cronogramas al subproceso de Gestión de la Tecnología biomédica durante los primeros 5 días del mes vencido del cumplimiento de la actividad correspondiente, a través del correo: cbiomedico@hospitalsanrafaeltunja.gov.co	Se cumplió parcialmente con él envió de la documentación requerida para cada uno de los equipos objeto del contrato del servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
9	Realizar y asumir técnica, administrativa y financieramente la ejecución de los mantenimientos correctivos y reparaciones de la tecnología biomédica de su propiedad	Se cumplido parcialmente con el cronograma de capacitación y formación de las tecnologías establecido para el servicio de hemodinamia.		X			Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
10	Informar al subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica de cambios en el inventario frente a la información inicialmente. Enviar notificación al correo: cbiomedico@hospitalsanrafaeltunja.gov.co	Se cumplió parcialmente con el diligenciamiento del formato para suficiencia de equipos biomédicos.		X			Se puede verificar a través de la oficina de Ing. Biomédica de la ESE Hospital Universitario- y en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
11	Adherirse a los procesos establecidos en el Programa Institucional de Tecnovigilancia de la Institución que se encuentra presente en el documento institucional SF-PG-17 o el documento que lo sustituya	Se da parcialmente cumplimiento al ítem mediante la implementación del Programa Institucional de Tecnovigilancia, basado en el documento SF-PG-17		X			Se puede verificar a través en la carpeta en físico ubicada en el servicio de hemodinamia con los soportes llamada **"HOJAS DE VIDA EQUIPOS BIOMEDICOS"**
12	Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.	No fue requerida para el periodo.	X				No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte

VERIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
(Diligenciado por el Contratista y verificado por el supervisor)

PERIODO DE PAGO (MES)	VALOR PAGO PLANILLA ($)
Febrero	**$ 12.615.300**

En Tunja,

CLAUDIA MARITZA RODRIGUEZ ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
UNIÓN TEMPORAL ANGIOVASCULAR
CONTRATISTA

Revisó:

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901297432	1	UNION TEMPORAL ANGIOVASCULAR	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8621	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CRA 1 F N 40 195 CONSULTORIO 303	3229429001	MYTSOLUCIONESANGIOVASCULAR@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-02	36291684	E	2026-02-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	12.615.300	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
12	36291684	2026-02-09	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 37626757	OVALLE ROZO NEYLA MARINA	2.000.000	V									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.986.694	477.900	0	0	SANITAS-EPS005	2.986.694	119.500	COMFABOY-CCF10	2.986.694	119.500	2.986.694	207.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	924.800	S	5861001
2	CC 40041742	LOPEZ PULIDO YANIRA	1.750.905	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.143.435	343.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.143.435	85.800	COMFABOY-CCF10	2.143.435	85.800	2.143.435	52.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	566.900	S	3869101
3	CC 40047753	CIPUENTES MERCHAN MARIA CRISTINA	2.247.000	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.781.730	445.100	0	0	SANITAS-EPS005	2.781.730	111.300	COMFABOY-CCF10	2.781.730	111.300	2.781.730	67.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	735.500	S	3869101
4	CC 46455730	PARRA FANDIÑO GINA IBETH	5.700.000	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	7.215.035	1.154.500	36.100	36.100	SANITAS-EPS005	7.215.035	288.700	COMFABOY-CCF10	7.215.035	288.700	7.215.035	175.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.979.900	S	3861001
5	CC 1002393389	SALCEDO VARGAS WILLMAR ANDRES	3.634.362	V									X							0			30	30	30	30	PROTECCION -230201	4.633.114	741.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.633.114	185.400	COMFABOY-CCF10	4.633.114	185.400	4.633.114	322.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.434.600	S	5861001
6	CC 1002458228	PEÑALOZA ALVARADO KELLER VALERIA	2.000.000	V									X							0			25	25	25	25	PORVENIR-230301	2.162.203	346.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.162.203	86.500	COMFABOY-CCF10	2.162.203	86.500	2.162.203	150.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	669.500	S	3861001
7	CC 1002458228	PEÑALOZA ALVARADO KELLER VALERIA	2.000.000	V													X			0			5	5	5	5	PORVENIR-230301	333.334	53.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	333.334	13.400	COMFABOY-CCF10	333.334	13.400	333.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	80.200	S	3861001
8	CC 1003556893	CORREDOR RODRIGUEZ LAURA YESENIA	3.634.362	F									X							0			28	28	28	28	PROTECCION -230201	5.059.778	809.600	0	0	COOSALUD-EPS042	5.059.778	202.400	COMFABOY-CCF10	5.059.778	202.400	5.059.778	352.200	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.566.600	S	3861001
9	CC 1003556893	CORREDOR RODRIGUEZ LAURA YESENIA	3.634.362	F													L			0			2	2	2	2	PROTECCION -230201	242.291	38.800	0	0	COOSALUD-EPS042	242.291	9.700	COMFABOY-CCF10	242.291	9.700	242.291	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	58.200	S	3861001
10	CC 1005282233	SOLANO CABALLERO JOSEPH ALEXANDER	2.000.000	V									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.094.654	495.200	0	0	EPS SURA-EPS010	3.094.654	123.800	COMFABOY-CCF10	3.094.654	123.800	3.094.654	215.400	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	958.200	S	5861001
11	CC 1049641024	HERNANDEZ AMAYA LIZBETH DAYANA	2.000.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.000.000	320.000	0	0	SANITAS-EPS005	2.000.000	80.000	COMFABOY-CCF10	2.000.000	80.000	2.000.000	10.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	490.500	S	1692001
12	CC 1057588009	RINCON VILLAMIL TANIA ROCIO	4.397.348	V									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.843.599	775.000	0	0	SANITAS-EPS005	4.843.599	193.800	COMFABOY-CCF10	4.843.599	193.800	4.843.599	118.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.280.600	S	3869101
13	CC 1057593592	PEREZ HERNANDEZ JENNYFER ANDREA	3.634.362	F									X							0			18	18	18	18	PORVENIR-230301	3.415.614	546.500	0	0	SANITAS-EPS005	3.415.614	136.700	COMFABOY-CCF10	3.415.614	136.700	3.415.614	237.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.057.700	S	5861001
14	CC 1057593592	PEREZ HERNANDEZ JENNYFER ANDREA	3.634.362	F													X			0			12	12	12	12	PORVENIR-230301	1.453.745	232.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.453.745	58.200	COMFABOY-CCF10	1.453.745	58.200	1.453.745	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	349.000	S	5861001
15	CC 1093764489	PEÑALOZA SEPULVEDA CLAUDIA STEFANIA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFABOY-CCF10	1.750.905	70.100	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	463.100	S	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-02	36291684	E	2026-02-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	12.615.300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
12	36291684	2026-02-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
44.116.131	44.116.131	44.116.131	44.116.131	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				12	7.131.300	0	0	0	7.131.300
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	4	2.799.600	0	0	0	2.799.600
PORVENIR	230301	800224808	8	5	2.461.800	0	0	0	2.461.800
PROTECCION	230201	800229739	0	2	1.589.700	0	0	0	1.589.700
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 4)				12	1.765.300	0	0	0	1.765.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	4	441.200	0	0	0	441.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	6	988.200	0	0	0	988.200
COOSALUD	EPS042	900226715	3	1	212.100	0	0	0	212.100
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	123.800	0	0	0	123.800
ARP(Administradoras: 1)				12	1.953.400	0	0	0	1.953.400
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	12	1.953.400	0	0	0	1.953.400
CCF(Administradoras: 1)				12	1.765.300	0	0	0	1.765.300
COMFABOY	CCF10	891800213	8	12	1.765.300	0	0	0	1.765.300
Gran Total					12.615.300	0	0	0	12.615.300