**ISVIMED**

**TESORERIA**

**COMPROBANTE DE EGRESO No. 147461**

**Beneficiario:** PREVILABOR SAS

**NIT/C.C.** 900,020,613.5 **Tel:** 2301810

**Fecha:** 14/05/2026

**Valor:** 236,229

**Orden(es) de Pago:**

77236

**Facturas:**

FE1M19468

**DETALLE CONTABLE :**

| Tipo | Cod. Cuenta | Nombre Cuenta | NIT o C.C. | C.Costos | Débitos | Créditos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NIIF | 510803010201 | Bienestar Social | 900,020,613.5 | 0208 | 249,450 | |
| NIIF | 244024010101 | Tasa Prodeporte Y Recreacion 1 | 900,020,613.5 | | | 3,243 |
| NIIF | 243605010105 | Servicios De Salud 2% | 900,020,613.5 | | | 4,989 |
| NIIF | 244090010101 | Estampilla Para La Justicia Fan | 900,020,613.5 | | | 4,989 |
| NIIF | 240101010102 | Adquisicion De Servicios Naci | 900,020,613.5 | | | 236,229 |
| | | | | **SUMAS IGUALES** | **249,450** | **249,450** |

**DETALLE CE:**

| Tipo | Cod. Cuenta | Nombre Cuenta | NIT o C.C. | C.Costos | Débitos | Créditos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NIIF | 2401010101( | Adquisicion De Servicios | 900,020,613.5 | | 236,229 | |
| NIIF | 1110060101( | Bancolombia Cuenta De / | | | | 236,229 |
| | | | | **SUMAS IGUALES** | **236,229** | **236,229** |

**Valor en Letras DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M.C.**********

FORMA DE PAGO: CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS No. 10352451537 DE BANCOLOMBIA S.A

**JULIAN MAURICIO VELASQUEZ RAI**
**AUXILIAR ADMINSITRATIVO**

**JULIAN MAURICIO VELASQUEZ RAI**
**AUXILIAR ADMINSITRATIVO**

**FECHA APROBACIÓN:** 14 05 2026 **OBLIGACIÓN Nro.** 77236

**DEPENDENCIA :**
UNIDAD DE CONTADURIA

**BENEFICIARIO :**
PREVILABOR SAS

**NIT :**
900.020.613,5

**DIRECCIÓN :**
CL 64 C 65 23

**TELÉFONO :**
2301810

**FACTURAS :**

| No. Factura | F. Expedició | F. Recepción | F. Vencimiento | No. Factura | F. Expedició | F. Recepción | F. Vencimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FE1M19468 | 13/05/2026 | 13/05/2026 | 13/05/2026 | | | | |

**Nro. COMPROMISO :**
41

**RUBROS:**

| Cod. Rubro | Cod. Rubro |
|---|---|
| 136 3.11126.000100.02.02.40.2.1.2.02 | |

**DESCRIPCION :**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CONSISTENTES EN REALIZAR LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, PARA LOS SERVIDORES DEL INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HÁBITAT DE MEDELLÍN- ISVIMED

**DETALLE CONTABLE:**

| Tipo Plan | Cod. Cuenta | Nombre Cuenta | NIT o C.C. | C.Costos | Débitos | Créditos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NIIF | 510803010201 | Bienestar Social | 900.020.613,5 | 0208 | 249.450 | |
| NIIF | 244024010101 | Tasa Prodeporte y Recreacion 1.3% | 900.020.613,5 | | | 3.243 |
| NIIF | 243605010105 | Servicios de Salud 2% | 900.020.613,5 | | | 4.989 |
| NIIF | 244090010101 | Estampilla para la Justicia Familia | 900.020.613,5 | | | 4.989 |
| NIIF | 240101010102 | Adquisicion de Servicios nacional | 900.020.613,5 | | | 236.229 |
| | | | | **SUMAS** | **249.450** | **249.450** |

**VALOR EN LETRAS:**
DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M.C.

**VALOR NETO:**
236.229=

**GIRAR O CONSIGNAR EN LACUENTA DE AHORROSNo. 10352451537 DE BANCOLOMBIA S.A**

**ELABORÓ :**
Diego Leon Monroy Pizarro
C.C. 1.128.402.534

**CONTABILIZÓ :**
JOSE OQUENDO
Jose Alberto Oquendo Santillar
C.C. 98.715.578

**REVISÓ :**

| Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín | **SOLICITUD DE PAGO** | **CÓDIGO:** F-GF-05 |
|---|---|---|
| | | **VERSIÓN:** 13 |
| | | **FECHA:** 15/01/2024 |
| | | **PÁGINA:** 1 de 1 |

Señores
Tesorería ISVIMED
Subdirección Administrativa y Financiera

ASUNTO: Solicitud Orden de Pago.

Cordialmente le solicito realizar el pago, con la información que se relaciona a continuación:

| | | |
|---|---|---|
| **Fecha** | 12/05/2026 | |
| **Beneficiario del pago** | PREVILABOR SAS | |
| **Nit / C.C.** | 900020613-5 | |
| **Beneficiario para el pago** | PREVILABOR SAS | |
| **Nit / C.C.** | 900020613-5 | |
| **Tipo y Número de Documento soporte** | **FE1M19468** | |
| **Objeto del pago** | Prestación de servicios de salud, consistentes en realizar las evaluaciones medicas ocupacionales y pruebas complementarias, para los servidores del instituto social de vivienda y hábitat de Medellín-Isvimed | |
| **Valor Certificado** | $249,450,00 (Doscientos cuarenta y nueve mil cuatrocientos cincuenta pesos) El valor total de la factura | |
| **Cuenta Bancaria** | Ahorros ■ | Entidad: Bancolombia |
| | Corriente ☐ | No. Cuenta: 10352451537 |
| **Registros presupuestales** | Compromiso No y Fecha: 41 del 06/01/2026 | Disponibilidad No y Fecha: 231 del 05/01/2026 |
| **Valor a imputar por rubro de acuerdo a la disponibilidad de PAC** | **136 A Programa de salud ocupacional** | $249,450,00 |
| **No. Contrato u orden de compra y/o servicio** | 272 del 19 mayo 2025 | |
| **Subdirectora y nombre de la dependencia que solicita el pago** | **Marisol García Ospina**<br>Subdirectora Administrativa Y Financiera | **Analizados los documentos soporte, el Acta de Recibo a Satisfacción (si aplica) y los Procedimientos establecidos, se aprueba la presente Solicitud de Pago.** |
| **Revisa para VoB** | **Eliana María Rojas Hoyos**<br>Supervisora | |

| | |
|---|---|
| Proyectó:<br>**Laura Cristina Restrepo Ospina**<br>Contratista SG-SST | **Nota: se autoriza la realización del pago relacionado de acuerdo con la información contenida en el ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN (si aplica), documento que se anexa al presente como soporte.** |

| | | |
|---|---|---|
| Recibido para pago Tesorera | **Claudia Victoria Gómez Toro**<br>Tesorera General | **El pago cumple con los requisitos establecidos.** |
| Aprobó subdirectora Administrativa y Financiera | **Marisol García Ospina**<br>Subdirectora Administrativa Y Financiera | |

# INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORME N°:** | 7 | **SUPERVISIÓN** | ☐ | **DE SEGUIMIENTO** | | ☐ |
| | | | | **FINAL** | | ☐ |
| | | **INTERVENTORÍA** | ☐ | **PARA PAGO** | | ☐ |
| | | | | **PARA DESEMBOLSO** | | ☐ |
| **Periodo verificado** | | Desde: | 13/03/2026 | Hasta: | 06/05/2026 | |
| **Periodo para pago** *(en caso de que aplique)* o para desembolso | | Desde: | 13/03/2026 | Hasta: | 06/05/2026 | |
| **Fecha elaboración de Informe** | | | 12/05/2026 | | | |

| **INFORMACIÓN GENERAL CONTRATO o CONVENIO** | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | [redacted] | NÚMERO: | ***272*** |
| **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO** | ☐ | FECHA SUSCRIPCIÓN: | 19/05/2025 |
| **CONVENIO** | ☐ | | **N/A** |
| **OBJETO:** *PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CONSISTENTES EN REALIZAR LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, PARA LOS SERVIDORES DEL INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HÁBITAT DE MEDELLÍN- ISVIMED* | | | |
| **CONTRATISTA (O ASOCIADO)** | **NOMBRE:** | | PREVILABOR SAS |
| | **CC. o NIT** | | 900020613-5 |
| | **Representante Legal** | | Rodrigo Sánchez Sánchez |
| | **C.C del Representante Legal** | | 71628239 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR** [$]: | **INICIAL:** | Doce millones once mil pesos (12.011.000) | | No CDP y fecha: 407 del 19/05/2025 – 231 del 05/01/2026 | | |
| | | | | No RP y fecha: 369 del 11/04/2025 – 41 de 06/01/2026 | | |
| | **ADICIÓN No:** | **N/A** | **VALOR ADICIONADO** | No CDP y fecha: | No RP y fecha: | **% DE ADICION (SMLMV)** |
| | FECHA: **N/A** | | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| | **ADICIÓN No:** | N/A | **VALOR ADICIONADO** | No CDP y fecha: | No RP y fecha: | **% DE ADICION (SMLMV)** |
| | FECHA: **N/A** | | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **VALOR TOTAL** | | **N/A** | |
| **PLAZO:** | **INICIAL** | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | | | **N/A** | **N/A** |
| | **AMPLIACIÓN No:** | **1** | **TIEMPO PRORROGADO** | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | **N/A** | | **60 días** | **28/02/2026** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Control de fechas:** | **Fecha Inicio de suspensión** | **Fecha de reanudación** | **Nueva fecha de terminación** |
| **SUSPENSION N°** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| **MODIFICACIONES** | **N/A** | | |

| | | |
|---|---|---|
| ***¿TIENE GARANTIAS VIGENTES Y ACTUALIZADAS?*** | ■SI ☐ NO APLICA<br>☐NO **(Justifique e informe)** | ***Observaciones:*** |

| | | |
|---|---|---|
| **SUPERVISOR** | NOMBRE: | Eliana María Rojas Hoyos |
| | CARGO: | Profesional Universitario |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | Talentohumano@isvimed.gov.co |
| | COMPONENTE(s) | ☐Técnico ■ Administrativo<br>☐Financiero ☐ Contable<br>☐ Jurídico |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN y o COORDINADOR DE PROYECTO** | NOMBRE: | **N/A** |
| | NÚMERO CONTRATO: | **N/A** |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | **N/A** |
| | COMPONENTE(s) DE VIGILANICA: | ☐Técnico ☐ Administrativo<br>☐Financiero ☐ Contable<br>☐ Jurídico |
| **INTERVENTOR** | NOMBRE: | **N/A** |
| | NÚMERO CONTRATO: | **N/A** |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | **N/A** |
| | COMPONENTE(s) | ☐Técnico ☐ Administrativo<br>☐Financiero ☐ Contable<br>☐ Jurídico |

## 2. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

### HISTORIAL DE LO PAGADO

### 1. RELACIÓN DE PAGOS O DESEMBOLSO REALIZADOS AL CONTRATISTA O ASOCIADO

| Informe No. | N° Factura o cuenta de cobro | Valor Factura o cuenta de cobro | Orden de pago (ISVIMED) No. | Comprobante Egreso (ISVIMED) No. | Fecha de Egreso | Tipo de pago o desembolso (Abono, Pago Total, Desembolso total) | N° Rubro Presupuestal imputado y RP (si son varios relacione) | SALDO DEL INFORME |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FE1M13973 | $ 151.000 | 73267 | 142868 | 20/06/2025 | Abono | 33/290 | $ 11.860.000 |
| | | | | | | | | *$0* |
| Cancelación al compromiso No 407 | | | Se realiza una cancelación al compromiso 407 teniendo en cuenta que los valores proyectados para la ejecución de los exámenes médicos del 2025 fueron facturados por un menor valor de acuerdo con la cantidad de las evaluaciones medicas realizadas. | | | | | 3.985.855 |
| 2 | FE1M16182 | $ 1.445.000 | 74837 | 144682 | 27/10/2025 | Abono | 33/290 | $ 6.429.145 |
| 3 | FE1M16882 | $ 274.000 | 75334 | 145335 | 12/12/2025 | Abono | 33/290 | $ 6.155.145 |
| 4 | FE1M16980 | $96.000 | 75622 | 145392 | 17/12/2025 | Abono | 33/290 | $ 6.059.145 |
| 5 | FE1M17804 | $533.000 | 75974 | 146085 | 24/02/2026 | Abono | 33/290 | $ 5.526.145 |
| 6 | FE1M18567 | $302.000 | 76639 | 146638 | 24/03/2026 | Abono | 33/90 | $5.224.145 |
| **TOTALES** | | **$2'801.000** | | | | | | |

### 2. BALANCE GENERAL FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

| Ítem | Concepto | Valor |
|---|---|---|
| **A** | Valor inicial del contrato *o convenio* | $ 12.011.000 |
| **B** | Valor de las adiciones a la fecha del informe | $ 0 |
| **C** | Valor reducciones (glosas, objeciones, etc.) del contrato *o convenio* a la fecha del informe | $ Cancelación del compromiso por $ 3.985.855 |
| **D** | Valor total del contrato *o convenio (Incluidas adiciones y reducciones)* | $ 8.025.145 |
| **E** | Valor ejecutado y causado *(antes de esta acta)* | $ 2.801.000 |
| **F** | Valor pagado *o desembolsado* con anterioridad a la fecha de esta acta | $ 2.801.000 |
| **G** | Valor autorizado de esta acta | $249,450,00 |
| **H** | Valor total ejecutado *(incluida esta acta)* | $ 3.050.450 |
| **I** | Valor por ejecutar *(después de esta acta)* | $ 4.974.695 |
| **J** | Porcentaje total ejecutado *(incluida esta acta)* | 38.01% |

## 3. RECIBO A SATISFACCIÓN ACTA DE PAGO O APROBACIÓN DE DESEMBOLSO

Dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011, artículo 83, la Supervisión o Interventor del contrato o convenio, hace constar que se hizo seguimiento Técnico, Administrativo, Financiero, Contable y Jurídico sobre el cumplimiento del objeto del mismo.

El Contratista o Asociado, aportó los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y ARL, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 282 de la ley 100 de 1993.

El objeto del contrato o convenio fue ejecutado conforme a lo pactado, se verificó el cumplimiento de los compromisos, actividades y obligaciones establecidas y recibido a satisfacción por el Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín (ISVIMED) en los bienes o servicios, en el periodo de seguimiento para pago o desembolso.

**CONSIDERANDOS DEL CONTRATO O CONVENIO:**

*Para informes de Pago:*

*La Cláusula Nº SEPTIMA: FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO: "El INSTITUTO pagará el valor del contrato de forma mensual de acuerdo con los servicios efectivamente prestados, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura con todos los documentos soporte, y certificación a entera satisfacción por la Supervisión del contrato." ser consignados en la cuenta de ahorros [redacted]o corriente ☐ No. 10352451537 de Bancolombia*

*Para informes solo de Seguimiento con o sin Pago:*

Como parte de los controles que se realizan por la Entidad y por parte del Ordenador del Gasto, se presenta el siguiente informe por parte de los profesionales que apoyan la supervisión y/o la interventoría, en concordancia a los términos de vigilancia y control del Manual de Supervisión e Interventoría vigentes en la Entidad.

**ACUERDO DE PAGO O DESEMBOLSO**

*Para informes de Pago:*

Pagar o Desembolsar al Contratista o Asociado a manera de séptimo pago o desembolso la suma de: Doscientos cuarenta y nueve mil cuatrocientos cincuenta pesos (249,450,00)

Teniendo en cuenta la verificación del cumplimiento de los compromisos, obligaciones y actividades contempladas en el contrato *o convenio,* se autoriza el siguiente pago *o desembolso*, que será el soporte de la elaboración y registro de la Obligación Contable, así:

| N° FACTURA O CUENTA DE COBRO | N° CDP PARA PAGO O DESEMBOLSO | N° RP PARA PAGO O DESEMBOLSO | RUBRO(s) PRESUPUESTAL(ES) Y FUENTE(S) | Descripción Agregado Presupuestal (primeros números del Rubro) | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| FE1M19468 | 231 del 05/01/2026 | 41 de 06/01/2026 | 136 A | Programa de salud ocupacional | $249,450,00 |
| | **VALOR TOTAL FACTURAS O CUENTAS DE COBRO** | | | | |

**Nota 01**: Cuando haya lugar a cambios en el supervisor, se debe informar y anexar copia de la nueva delegación cuando aplique.

**Nota 02**: En caso de que el contrato tenga interventoría, se debe adjuntar el informe (o certificado autorizando para casos específicos) de interventoría externa correspondiente al periodo a pagar.

***Los suscriptores de esta acta declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos ante CONTABILIDAD y TESORERÍA para realizar pago o desembolso.***

*Si al momento de realizar la revisión de documentos requeridos por los procesos de Contabilidad y Tesorería de ISVIMED con el asiento de los registros contables, se encontrase algún error o inconsistencia, se informará para que el Interventor o el Supervisor realice los ajustes respectivos.*

**SEGUIMIENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO Y JURÍDICO**

| VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO | | |
|---|---|---|
| **Actividad / Compromiso** | **Estado de avance de la actividad / Compromiso** | **Justificación / Observación** |
| **ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES** | | |

<table>
<tr>
<td>1.Cumplir a cabalidad las especificaciones técnicas requeridas por la entidad.</td>
<td>Avance del periodo: 100%<br>Avance acumulado: 38.01%</td>
<td>El proveedor ha realizado a cabalidad y satisfacción con los requerimientos por parte de la entidad.<br><br>A la fecha se han realizado los siguientes exámenes:
<table>
<tr><th>Tipo</th><th>Cantidad</th></tr>
<tr><td>Periódicos</td><td>41</td></tr>
<tr><td>Post incapacidad</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Ingreso</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Egreso</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Audiometría Tamiz</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Optometría</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Visiometría</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Laboratorio</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Trabajo en alturas</td><td>1</td></tr>
<tr><td>TOTAL</td><td>65</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>2.Realizar dentro del término señalado los exámenes médicos ocupacionales de preingreso, periódicas (programadas o por cambios de ocupación), egreso, posincapacidad o por reintegro, y el desarrollo de exámenes paraclínicos del personal, a que hubiera lugar, de las personas que remita el Instituto.</td>
<td>Avance del periodo: 100%<br>Avance acumulado: 38.01%</td>
<td>Los exámenes médicos se realizan de manera oportuna de acuerdo con las solicitudes realizadas por la contratista Laura Cristina Restrepo Ospina, quien está a cargo de las asignaciones por parte de la entidad.<br>Dichas solicitudes de citas se realizan a través del correo con la auxiliar encargada del proveedor.</td>
</tr>
<tr>
<td>3.Presentar las hojas de vida de los profesionales que realizarán las evaluaciones médicas ocupacionales con sus respectivas licencias de salud ocupacional vigentes al momento de iniciar la ejecución del contrato, previa aprobación de estas por parte del supervisor, todo ello en cumplimiento a las especificaciones del Anexo Técnico y garantizar la disposición del personal durante todo el plazo de ejecución del contrato</td>
<td>100%</td>
<td>El proveedor cumple con el envío de las hojas de vida y las respectivas licencias de salud ocupacional de los profesionales.<br>Ruta:<br>https://teams.microsoft.com/_#/FileBrowserTabApp/Talento%20Humano?threadId=19:bfbcbcf67b734b7fbc0bc670abaf81b5@thread.tacv2&ctx=channel</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 4.Las evaluaciones médicas ocupacionales deben ser realizadas por médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente en salud ocupacional, siguiendo los criterios de finidos en la Resolución No. 2346de2007. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El contratista envía las hojas de vida y licencias para la verificación del cumplimiento con respecto a la idoneidad de los profesionales que realizan las evaluaciones médicas. |
| 5.Presentar las evaluaciones médicas acorde a lo señalado en la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, sobre el contenido de la evaluación médica. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | Las evaluaciones médicas cumplen con todos los requisitos de ley.<br>Y se pueden descargar por la plataforma.<br>https://previlabor.com.co/ |
| 6.Contar con plataforma virtual que permita la consulta en línea y descargue de los conceptos de las evaluaciones médicas realizadas al personal de Isvimed. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor cuenta con una plataforma virtual amigable que permite consulta en línea 24/7 de las evaluaciones medicas realizadas.<br><br>La plataforma funciona correctamente.<br><br>https://previlabor.com.co/ |
| 7.Contar con la infraestructura y con los recursos físicos necesarios para la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales y exámenes paraclínicos solicitados por el Isvimed. Todos los exámenes deben ser realizados en una misma sede. | 100% | El proveedor asigno a la entidad la sede que se encuentra ubicada calle 48 c # 65 23 suramericana, la cual cuenta con los recursos físicos e infraestructura óptima para la realización de las evaluaciones a las personas remitidas por la entidad. |
| 8.<br>Informar inmediatamente al super visor del contrato, la patología y las recomendaciones a seguir, en caso de que al realizar la evaluación médica ocupacional se encuentre una presunta enfermedad profesional no diagnosticada, ocurrida durante el tiempo de vinculación del personal de isvimed. Lo anterior, con el fin de iniciar los trámites correspondientes para la | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | A la fecha no se ha presentado ninguna patología o recomendación que requiera informarse de forma inmediata a la supervisora del contrato. |

| | | |
|---|---|---|
| determinación del origen de la patología. | | |
| 9. Entregar semestralmente al supervisor del contrato, vía correo electrónico, el Informe diagnóstico de Condiciones de Salud. | 0% | A la fecha no se ha enviado el informe toda vez que no aún no se han cumplido los 6 meses del contrato. |
| 10.<br>Los informes deberán distribuirse por los tipos de evaluaciones m édicas ocupacionales practicadas y deberán contar como mínimo con las especificaciones técnicas definidas para este contrato. | Avance del periodo. 100%<br>Avance acumulado. 38.01% | El informe se ha enviado de acuerdo con las fechas de corte del proveedor. |
| 11.Entregar al personal evaluado copia del concepto médico de la evaluación médica realizada, al igual que los resultados de los exámenes de laboratorio practicados. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor envía a los correos suministrados por cada uno de los funcionarios la copia de la historia clínica con el reporte de los exámenes médicos. |
| 12. Custodiar las evaluaciones médicas ocupacionales, histórica clínica ocupacional acorde a la normatividad vigente. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor remitió a la entidad los certificados de custodia de las historias clínicas.<br><br>https://teams.microsoft.com/_#/FileBrowserTabApp/Talento%20Humano?threadId=12589:bfbcbcf67b734b7fbc0bc670abaf81b5@thread.tacv2&ctx=channel |
| 13. Designar a una persona responsable de la gestión del contrato, que coordine eficaz mente su ejecución al interior de su entidad a fin de brindar una mejor atención y prestación del servicio al Instituto y resolver oportunamente cualquier dificultad que se presente. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor asignó una línea telefónica y correo institucional para resolver todos los requerimientos de manera eficaz a las necesidades por parte de la entidad.<br>Cel:3218639194<br>mercadeo@previlabor.co |
| 14. De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 Resolución 0312 de 2019, el contratista debe entregar al supervisor una copia de la última autoevaluación de | 100% | El proveedor suministró autoevaluación del SG-SST.<br><br>Ruta Carpeta: |

| | | |
|---|---|---|
| estándares mínimos del SGSST emitida por la ARL,la cual deberá ser superior al 61%, o una Certificación del porcentaje de implementación fir mado por el representante legal y el responsable de Seguridad y Salud con licencia, como lo indica la resolución4502de 2012. | | https://teams.microsoft.com/_#/FileBrowserTabApp/Talento%204158Humano?threadId=19:bfbcbcf67b734b7fbc0bc670abaf81b5@thread.tacv2&ctx=channel |
| 15. Aportar todo su conocimiento y experiencia para desarrollar adecuadamente el objeto del contrato de conformidad con lo requerido por el contratante. | 100% | El proveedor proporciona su experiencia en el desarrollo satisfactorio del objeto contractual. |
| 16. Reportar y/o entregar la información relacionada con la ejecución del contrato o que tenga incidencia en ella de acuerdo con las reglas del contrato y las normas que lo regulan, cuando sea requerida por el contratante o el supervisor, adicionalmente a los informes que regularmente deba presentar. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor envío los documentos requeridos para el inicio del contrato, a medida que se vayan requiriendo se le irán solicitando.<br><br>En la plataforma se puede realizar seguimiento permanente a los exámenes realizados. |
| 17. Realizar todos los pagos de seguridad social y parafiscales que le correspondan en las cuantías establecidas por la ley y oportunamente. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor suministra todos los soportes correspondientes al pago de seguridad social y parafiscales.<br>Ruta:<br>https://teams.microsoft.com/_#/FileBrowserTabApp/Talento%2247860Humano?threadId=19:bfbcbcf67b734b7fbc0bc670abaf81b5@thread.tacv2&ctx=channel. |
| 18. Realizar máximo dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del contrato, las gestiones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de ejecución que le correspondan y asumirlos costos de éstas. | 100% | El proveedor realizo las gestiones necesarias para el perfeccionamiento del contrato en los tiempos establecidos.<br>Ver: SECOP II |

| | | |
|---|---|---|
| 19. Realizar la revisión y actualización del profesiograma de la entidad de conformidad con la información suministrada por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 100% | Por parte de la contratista de Seguridad y Salud en el Trabajo se envió el profesiograma para la revisión por el medico profesional en SST, se está a la espera del concepto. |
| 20. A portar las garantías establecidas en el contrato. | 100% | El proveedor proporciona su experiencia en el desarrollo satisfactorio del objeto contractual. |
| 21. Presentar y mantener vigente durante la ejecución del contrato la Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo para la prestación de los servicios del objeto contractual dando cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 754 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que la sustituyan o modifiquen tanto de la IPS como de los profesionales que darán cumplimiento al objeto contractual del presente proceso de contratación. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor cumple con el envío de las hojas de vida y las respectivas licencias de salud ocupacional de los profesionales.<br><br>Ruta: https://teams.microsoft.com/_#/FileBrowserTabApp/Talento%20256558Humano?threadId=19:bfbcbcf67b734b7fbc0bc670abaf81b5@thread.tacv2&ctx=channel |
| 22. Mantener vigente durante el plazo de ejecución del contrato la inscripción y habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) para la prestación de servicios indicados en el objeto contractual, de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud, el manual de inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que la modifiquen o sustituyan. | 100% | Para suscripción del contrato, el proveedor envió, la inscripción y habilitación en el registro especial (REPS). |
| 23. Entregar dentro de los cinco días (5) calendarios contados a partir de la firma del acta de inicio, una | 100% | El proveedor del contrato estableció que las citas para la atención se solicitan a través |

| | | |
|---|---|---|
| metodología o protocolo para la atención de los pacientes en el sitio de atención establecido y predeterminado, coordinando previamente la realización de los exámenes con el supervisor del contrato. | | de la plataforma y se envía al correo la orden.<br><br>https://previlabor.com.co/ |
| 24. Dar cumplimiento a las normas de bioseguridad durante la ejecución de las evaluaciones médicas ocupacionales, exámenes paraclínicos y complementarios de conformidad con las normas Distritales, en concordancia con las disposiciones establecidas en la Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud." expedida por el Ministerio de Salud. | Avance del periodo.100%<br>Avance acumulado: 38.01% | El proveedor cumple a cabalidad con las normas de bioseguridad durante la ejecución de las evaluaciones medicas ocupacionales y complementarios.<br>También envió, la inscripción y habilitación en el registro especial (REPS) para suscripción del contrato. |
| 25. Permitir las visitas de inspección en las instalaciones del futuro contratista por parte del supervisor del contrato o quien haga sus veces, con el fin de verificar las condiciones de la infraestructura y recurso humano. | 100% | La profesional universitaria Eliana Rojas Hoyos, supervisora del contrato realizó recorrido junto la contratista Laura Cristina Restrepo Ospina. |
| 26. Realizar las demás actividades que pacten las partes necesarias para dar cumplimiento al objeto del contrato y/o que le sean asignadas. | 100% | El proveedor cumple a satisfacción con los requerimientos solicitados por parte de la entidad. |

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OFRECIMIENTOS ADICIONALES DEL CONTRATISTA O VALORES AGREGADOS DENTRO DE LA OFERTA O PROPUESTA**
**(Aplica para lo que este contemplado en procesos de selección objetiva)**

*No aplica.*

**Para CONTRATO con ofrecimientos adicionales:**

| ACTIVIDAD O PRODUCTO | CANTIDAD OFRECIDA | CANTIDAD EJECUTADA | PENDIENTE POR EJECUTAR |
|---|---|---|---|
| **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| | | | |

***PARA CONVENIO O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVO cuando hay aportes en dinero o especie:***

| COMPONENTE | ACTIVIDAD | VALOR TOTAL | VALOR EJECUTADO | VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Totales** | N/A | N/A | N/A | N/A |

**SUSPENSIONES, REANUDACIONES O MODIFICACIONES DE INTERÉS DEL CONTRATO O CONVENIO**

| SUSPENSION O REANUDACIÓN N° | Fecha Inicio de suspensión | Fecha de reanudación | Nueva fecha de terminación |
|---|---|---|---|
| *No aplica* | N/A | N/A | N/A. |
| ***¿TIENE GARANTIAS VIGENTES Y ACTUALIZADAS?*** | | ☐SI<br>☐ NO<br>☒NO APLICA | ***Observaciones:***<br>(Ninguna) |
| ***Describir los cambios en las pólizas de garantías:*** | | N/A | |

*No aplica*

| ACLARACIONES A LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATO O CONVENIO |
|---|
| N/A |
| |

**Requerimientos, llamados de atención y cumplimiento de los planes de mejoramiento:**

*Hasta el momento se han prestado en forma (adecuada, satisfactoria, normal, etc) los servicios o No se han formulado requerimientos al contratista*

**Multas o Sanciones:**

*En el presente contrato no han existido multas ni sanciones*
*De presentarse alguna novedad, debe ser relacionadas con la trazabilidad suficiente.*

## CONTROL Y MITIGACION DE LOS RIESGOS PREVISIBLES

(No aplica para contratos del decreto 092 de 2017)

**¿Se han presentado novedades o se hace necesario ajustar algún aspecto o criterio de interés referente a los riesgos previsibles?** NO ■ SI ☐(en caso afirmativo, justificar)

Los riesgos han sido controlados y monitoreados por la supervisión o interventoría del contrato o convenio durante su vigencia. No ha sido necesario implementar tratamientos de mitigación adicionales a los señalados en la matriz de riesgo previsibles de los documentos del proceso de selección, en consideración a que a la fecha no se han presentado o materializado riesgos durante la ejecución contractual.

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la entidad realiza el monitoreo constante a los riesgos previsibles identificados y clasificados en la matriz de riesgos del proceso, razón por la cual esta supervisión *o interventoría* ha realizado acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han determinado durante la ejecución del presente contrato/convenio. A continuación, se relacionan los riesgos previsibles relevantes que se han materializado en la etapa de ejecución y la forma como estos han sido gestionados:

| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO | QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO | TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN | CUANDO Y CÓMO SE REALIZA EL MONITOREO |
|---|---|---|---|
| El supervisor o interventor del contrato/convenio en esta casilla deberá relacionar el riesgo previsible, causas y eventos que durante el periodo a evaluar se presentaron. En caso contrario, deberá indicarse en las casillas en blanco el signo de no aplica N/A: NO APLICA. | Deberá tenerse en cuenta la información que se consignó en la Matriz de Riesgos del estudio previo del proceso de contratación. | Deberá tenerse en cuenta la información que se consignó en la Matriz de Riesgos del estudio previo del proceso de contratación. De no estar definidos, describir los controles que se tuvieron en cuenta. | Deberá tenerse en cuenta la información que se consignó en la Matriz de Riesgos del estudio previo del proceso de contratación. De no estar definidos, describir los controles que se tuvieron en cuenta. |
| ***OBSERVACIONES:*** | | | |

**AJUSTE A LA MATRIZ DE RIESGOS PREVISIBLES:**

*Para el presente periodo no se realizan ajustes a la matriz de riesgos previsibles*

## OBSERVACIONES

*No aplica*

## ASISTENTES A LA REUNIÓN DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN

| | | |
|---|---|---|
| **Fecha:** | | |
| **Hora de inicio:** | **Hora Finalización** | |

| | |
|---|---|
| **Lugar donde se realiza la reunión** | |
| **Interventor(es) o Supervisor(es):** | |
| **Por parte del contratista (o asociado):** | |



_____

Nombre y apellidos completos
Supervisor(es) / Interventor(es) según el caso
Cargo: Profesional Universitaria



_____

Nombre y apellidos completos
Proyectó
Cargo: Contratista

*Se verifica la información y contenido general de esta acta conforme a la calidad, integridad, oportunidad y veracidad de esta de quienes elaboraron este informe.*

***NOTA 1:*** *Deben suscribir este formato quienes tienen calidad de Supervisor, Profesionales que realizan el Apoyo a la Supervisión y el Interventor cuando aplique, así mismo, el coordinador del proyecto de obra pública cuando la interventoría es externa. La suscripción por parte del contratista NO es obligatoria en todos los casos.*

***NOTA 2:*** *En caso de que el contrato tenga interventoría externa se debe adjuntar el informe técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico (según los componentes a su responsabilidad) del interventor correspondiente al periodo a pagar.*

***NOTA 3:*** *Deben suscribirse y enviar (para registro contable y de tesorería y expediente digital) con todos los anexos. Los casos de firmas digitalizadas por parte de contratistas o asociados deben ser autorizados por el Supervisor o Interventor. Se presume la buena fe de las firmas. Cualquier cambio realizado en las actas debe actualizarse el original y la copia respectivamente.*

***NOTA 4:*** *Revisar que la Entidad Estatal cumpla con los principios de publicidad de los Procesos de Contratación y de los Documentos del Proceso, por tanto, como supervisor, debe cargar en la plataforma SECOP II, el presente informe de supervisión.*

Previlabor
Salud Ocupacional

# PREVILABOR S. A. S.

NIT: 900020613-5
Régimen: No responsable de IVA
Tipo Persona: Jurídica
Calle 48C # 65 - 23, Sector Suramérica, Medellín, Antioquia, Colombia
Tel. 6042301810
**Este comprobante corresponde al periodo de: 13/03/2026 hasta: 06/05/2026.**

Vigilado Supersalud

**Resolución No. 5225 Medellín, 14 de julio de 2009. Somos prohibidos Gravamen de RETE-ICA. Cómo lo determina subsecretaría hacienda de la alcaldía de Medellín, en uso de las atribuciones legales, en especial la conferida en el estatuto tributario municipal, acuerdo 67 de 2008 y decreto 924 de 2009. CIIU: 8621**

**Autorización facturación electrónica No. 18764097291973 válida desde 2025-08-20 hasta 2027-08-20 rango desde FE1M15001 hasta FE1M25000.**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| NIT: | 900014480 |
| Nombre o Razón Social: | INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HABITAT DE MEDELLIN |
| Dirección: | CALLE 47 D 75 -276, Medellín, Antioquia, Colombia |
| Télefono: | 6044304310 |
| Email: | recepcion.facturas@isvimed.gov.co |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| No. de Factura | **FE1M19468** |
| Fecha Emisión | 07/05/2026 16:36:07 |
| Fecha Vencimiento | 07/06/2026 |
| Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Forma de Pago: | Crédito |
| Medio de Pago: | Transferencia Débito Bancaria |
| Fecha de Pago: | 07/06/2026 |
| Total de Lineas | 7 |
| Fecha Firmado | 07/05/2026 16:36:09 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos Nom. | Impuestos % o Val. | Impuestos Monto . | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PV34 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO | 94 | 2,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $56.000,00 |
| 2 | PV3 | AUDIOMETRIA TAMIZ | 94 | 1,00 | $14.000,00 | | | | 0,00 | $14.000,00 |
| 3 | PV33 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA ALTURAS | 94 | 1,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $28.000,00 |
| 4 | PV7 | LABORATORIO | 94 | 2,00 | $19.500,00 | | | | 0,00 | $39.000,00 |
| 5 | PV26 | VISIOMETRIA | 94 | 1,00 | $8.450,00 | | | | 0,00 | $8.450,00 |
| 6 | PV17 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | 94 | 2,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $56.000,00 |
| 7 | PV22 | OPTOMETRIA | 94 | 2,00 | $24.000,00 | | | | 0,00 | $48.000,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe |
|---|---|---|---|
| **Retenciones** | | | |
| 06 ReteRenta | $249.450,00 | 2,00% | $4.989,00 |

| | |
|---|---|
| Subtotal: | $249.450,00 |
| Cargos: | $0,00 |
| Descuento: | $0,00 |
| Total: | $249.450,00 |
| ReteRenta: | $4.989,00 |
| Neto Factura: | $244.461,00 |

| Notas: | . |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Total con letra: | (DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS ) |
| CUFE: | ab614034735d69646223d3d20a94357a0998e453cfbdb64b633f08af8bce8cb0e9eed269232a1b6374a08c8a58e91f70 |

PREVILABOR S A S - NIT 900020613 AHORROS BANCOLOMBIA - 10352451537- POR FAVOR ENVÍAR SOPORTE DE PAGO AL CORREO facturacion@previlabor.co y contabilidad@previlabor.co. CIIU: 8621

**Firma Digital:** CKWhZMw4RGroipyi5qu4ZY5nlyP+k3iddvxLAUfToLxaJF4TK226UN5/5wYoyn04
LU8QOMYvDnct0QxZ/ZY6E/YC1xF2wMtoExiQvJSNe13ce/n6ki
heVg6AqnvXmwUa eqm1NwHrNh1EzEBdDZ5an5eUPYXDoxzw25ZEFzZ+W0Fs5SqhkwUeL81zvCrgDWo8 j6s57RVqgZm2u5WEcjPKoUGTn91Jl4Ff+XI
W1SjWCI3D6ryvSswHmxHXdwgLnVd/ 9vsPp0VoaqzuDNXZl0BR/92tWEbk+BXN0CIsX3RKozCK+pqP25DM+AVHDZtYy0yh NVHPvs7HOJxi1wx3csqL
kQ==

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

**Este comprobante corresponde al periodo de: 13/03/2026 hasta: 06/05/2026.**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

**CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES**

Medellín, 7 de Mayo 2026

Señores
**A QUIEN INTERESE**
Medellín

**Previlabor s.a.s**
**Nit:900.020.613-5**

**ASUNTO:** Carta de certificación de pago de aportes. Emitido por el Revisor Fiscal

Por medio de la presente me permito certificar que la firma que represento se encuentra a paz y salvo por todo concepto de pago de los aportes de los empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, aportes parafiscales y de contratación de aprendices al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Cajas de compensación Familiar, y que a la fecha de cierre del presente proceso de selección, se ha realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses.

Atentamente,



**Juan Carlos Yepes Restrepo:**
**Revisor Fiscal**

FIRMA:

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900020613 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PREVILABOR SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 48 C #65-23 | TELÉFONO: | 2301810 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6018422964** | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 282699743 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 15 | $ 6.980.500 | $ 0 | $ 0 | $ 97.300 | $ 97.300 | $ 0 | $ 0 | $ 7.175.100 | $ 0 | $ 7.175.100 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 9 | $ 3.893.300 | $ 0 | $ 0 | $ 37.800 | $ 37.800 | $ 0 | $ 0 | $ 3.968.900 | $ 0 | $ 3.968.900 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 9 | $ 2.938.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.938.400 | $ 0 | $ 2.938.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 14.082.400** | **$ 0** | **$ 14.082.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 6 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 688.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 688.300 | $ 0 | $ 0 | $ 688.300 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 22 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 2.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 2.369.600 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 143.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 143.200 | $ 0 | $ 0 | $ 143.200 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 179.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 179.400 | $ 0 | $ 0 | $ 179.400 |
| EPS040 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 73.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 73.500 | $ 0 | $ 0 | $ 73.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 3.454.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 3.454.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 33 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 1.011.300 | $ 1.011.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.011.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 1.011.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 1.011.300** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF15 | CCF15-COMFACESAR | 1 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 |
| CCF03 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | 32 | $ 3.362.900 | $ 0 | $ 3.362.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 3.434.900** | **$ 0** | **$ 3.434.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | DÍAS COT. | IBC | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1000205208 | VERA HERRERA MARIAN SUSANA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.000.000 | $ 320.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 320.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 80.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.000.000 | 0008621 | $ 20.900 | 30 | $ 2.000.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1000210153 | LONDOÑO MONSALVE MAYBERT | DEPEND | | $ 2.400.000 | FIJO | | | SI | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.400.000 | $ 96.000 | $ 0 | $ 96.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.400.000 | 0008621 | $ 25.100 | 30 | $ 2.400.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 96.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1000413338 | MEJIA JARAMILLO MATEO ALEJANDRO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | 17-22 | | | 230301-PORVENIR | 6 | $ 360.000 | $ 57.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 57.600 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 6 | $ 360.000 | $ 14.400 | $ 0 | $ 14.400 | 14-11 - ARL SURA | 6 | $ 360.000 | 0008621 | $ 0 | 6 | $ 360.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 14.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1000413338 | MEJIA JARAMILLO MATEO ALEJANDRO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 24 | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.400 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 24 | $ 1.440.000 | $ 57.600 | $ 0 | $ 57.600 | 14-11 - ARL SURA | 24 | $ 1.440.000 | 0008621 | $ 15.100 | 24 | $ 1.440.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 57.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 1001011019 | GARCIA CORREA VALENTINA | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.700.000 | $ 432.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 432.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.700.000 | $ 108.000 | $ 0 | $ 108.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.700.000 | 0008621 | $ 28.200 | 30 | $ 2.700.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 108.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 6 | CC 1001385858 | JIMENEZ DAVID SINDY YASMIN | DEPEND | | $ 2.300.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.300.000 | $ 368.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 368.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.300.000 | $ 92.000 | $ 0 | $ 92.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.300.000 | 0008621 | $ 24.100 | 30 | $ 2.300.000 | SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 92.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900020613 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PREVILABOR SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 48 C #65-23 | TELÉFONO: | 2301810 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **6018422964** | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 282699743 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | CC 1002499551 | GARCIA JIMENEZ ALFREDO MANUEL | DEPEND | | $ 2.247.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | CC 1007374067 | MUNOZ ZULUAGA YESENIA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | CC 1015186945 | ARROYAVE RAMIREZ ALEXANDRA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | CC 1017215352 | GUARIN PINEDA KARINA | DEPEND | | $ 2.737.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | CC 1020223409 | SALAZAR GARCIA MANUELA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | CC 1020436402 | MOSQUERA ALVAREZ CINDY PAOLA | DEPEND | | $ 1.682.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | CC 1020490546 | GONZALEZ CORREA YUREIDY | DEPEND | | $ 2.782.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | CC 1025644929 | MARIN MARIN XIMENA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | |
| 15 | CC 1026154925 | CARDONA MAYA MELISSA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | CC 1036599047 | MARIN GARCIA JUAN CAMILO | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | CC 1038263086 | RINCON MONTOYA PAULINA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 10-10 | | | | | |
| 18 | CC 1038263086 | RINCON MONTOYA PAULINA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | CC 1038263086 | RINCON MONTOYA PAULINA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 06-07 | | | | | |
| 20 | CC 1042767143 | ZAPATA AREIZA YULIETH PAHOLA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.247.000 | $ 359.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 359.600 |
| 8 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 |
| 9 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 |
| 10 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.737.000 | $ 438.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 438.000 |
| 11 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 |
| 12 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 13 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.782.000 | $ 445.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 445.200 |
| 14 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.836.166 | $ 293.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 293.800 |
| 15 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 16 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 17 | 230201-PROTECCION | 1 | $ 58.364 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 9.400 |
| 18 | 230201-PROTECCION | 27 | $ 1.575.815 | $ 252.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 252.200 |
| 19 | 230201-PROTECCION | 2 | $ 116.727 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 18.700 |
| 20 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.779.165 | $ 284.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 284.700 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.247.000 | $ 89.900 | $ 0 | $ 89.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.247.000 | 0008621 | $ 23.500 |
| 8 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 |
| 9 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 |
| 10 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.737.000 | $ 109.500 | $ 0 | $ 109.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.737.000 | 0008621 | $ 28.600 |
| 11 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 |
| 12 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 0008621 | $ 18.300 |
| 13 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.782.000 | $ 111.300 | $ 0 | $ 111.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.782.000 | 0008621 | $ 29.100 |
| 14 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 30 | $ 1.836.166 | $ 73.500 | $ 0 | $ 73.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.836.166 | 0008621 | $ 19.200 |
| 15 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 0008621 | $ 18.300 |
| 16 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 0008621 | $ 42.700 |
| 17 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 58.364 | $ 2.400 | $ 0 | $ 2.400 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 58.364 | 0008621 | $ 0 |
| 18 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 27 | $ 1.575.815 | $ 63.100 | $ 0 | $ 63.100 | 14-11 - ARL SURA | 27 | $ 1.575.815 | 0008621 | $ 16.500 |
| 19 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | $ 116.727 | $ 4.700 | $ 0 | $ 4.700 | 14-11 - ARL SURA | 2 | $ 116.727 | 0008621 | $ 0 |
| 20 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.779.165 | $ 71.200 | $ 0 | $ 71.200 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.779.165 | 0008621 | $ 18.600 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 30 | $ 2.247.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 89.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 8 | 30 | $ 1.800.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 9 | 30 | $ 1.800.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 10 | 30 | $ 2.737.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 109.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 11 | 30 | $ 1.800.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 12 | 30 | $ 1.682.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 67.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 13 | 30 | $ 2.782.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 111.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 14 | 30 | $ 1.836.166 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 73.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 15 | 30 | $ 1.750.905 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 16 | 30 | $ 1.750.905 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 17 | 1 | $ 38.910 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 18 | 27 | $ 1.575.815 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 63.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 19 | 2 | $ 77.819 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 3.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 20 | 30 | $ 1.779.165 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 71.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900020613 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PREVILABOR SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 48 C #65-23 | TELÉFONO: | 2301810 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **6018422964** | TIPO DE PLANILLA: | | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 282699743 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | CC 1064896349 | FLOREZ BUELVAS DIANIS PATRICIA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | CC 1065618264 | ARDILA SOTO LAURENCHANEL | DEPEND | | $ 7.639.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | CC 1065618264 | ARDILA SOTO LAURENCHANEL | DEPEND | | $ 7.639.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | 01-06 | | | |
| 24 | CC 1066603831 | ROSARIO JULIO UBER | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | CC 1082475037 | ROJAS FLOREZ MAOLY CECILIA | DEPEND | | $ 1.682.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | CC 1098632465 | CANA CAAMANO DULVER NOEL | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | CC 1128420971 | PEREZ BERRIO KELLY JOHANA | DEPEND | | $ 2.140.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | CC 1148697401 | TORO ARENAS MARIBEL CRISTINA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 09-11 | | | | | |
| 29 | CC 1148697401 | TORO ARENAS MARIBEL CRISTINA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 13-28 | | | | | |
| 30 | CC 1148697401 | TORO ARENAS MARIBEL CRISTINA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | CC 1152199722 | SANCHEZ MEDINA LAURA | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | CC 1152440630 | RODRIGUEZ CASAS DANIEL ANDRES | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | CC 1152468484 | DUARTE SALDARRIAGA CLAUDIA ELENA | DEPEND | | $ 2.500.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | |
| 34 | CC 1152470330 | SANCHEZ MEDINA PEDRO | DEPEND | | $ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | CC 1152690648 | QUIRAMA GIRALDO ASTRID VERONICA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | 07-07 | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.000.000 | $ 320.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 320.000 |
| 22 | 25-14 COLPENSIONES | 24 | $ 6.111.200 | $ 977.800 | $ 30.600 | $ 30.600 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.039.000 |
| 23 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 1.527.800 | $ 244.500 | $ 7.700 | $ 7.700 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 259.900 |
| 24 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 25 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 26 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 |
| 27 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.140.000 | $ 342.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 342.400 |
| 28 | 230301-PORVENIR | 3 | $ 175.091 | $ 28.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 28.100 |
| 29 | 230301-PORVENIR | 16 | $ 933.816 | $ 149.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 149.500 |
| 30 | 230301-PORVENIR | 11 | $ 733.334 | $ 117.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 117.400 |
| 31 | 25-14 COLPENSIONES | 15 | $ 875.453 | $ 140.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.100 |
| 32 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 |
| 33 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.732.065 | $ 437.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 437.200 |
| 34 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |
| 35 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 58.364 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 9.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 80.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.000.000 | 0008621 | $ 139.200 |
| 22 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 24 | $ 6.111.200 | $ 244.500 | $ 0 | $ 244.500 | 14-11 - ARL SURA | 24 | $ 6.111.200 | 0008621 | $ 63.900 |
| 23 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 6 | $ 1.527.800 | $ 61.200 | $ 0 | $ 61.200 | 14-11 - ARL SURA | 6 | $ 1.527.800 | 0008621 | $ 0 |
| 24 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 0008621 | $ 18.300 |
| 25 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 0008621 | $ 18.300 |
| 26 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 |
| 27 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.140.000 | $ 85.600 | $ 0 | $ 85.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.140.000 | 0008621 | $ 22.400 |
| 28 | EPS002-SALUD TOTAL | 3 | $ 175.091 | $ 7.100 | $ 0 | $ 7.100 | 14-11 - ARL SURA | 3 | $ 175.091 | 0008621 | $ 0 |
| 29 | EPS002-SALUD TOTAL | 16 | $ 933.816 | $ 37.400 | $ 0 | $ 37.400 | 14-11 - ARL SURA | 16 | $ 933.816 | 0008621 | $ 0 |
| 30 | EPS002-SALUD TOTAL | 11 | $ 733.334 | $ 29.400 | $ 0 | $ 29.400 | 14-11 - ARL SURA | 11 | $ 733.334 | 0008621 | $ 7.700 |
| 31 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 15 | $ 875.453 | $ 35.100 | $ 0 | $ 35.100 | 14-11 - ARL SURA | 15 | $ 875.453 | 0008621 | $ 9.200 |
| 32 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 |
| 33 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 2.732.065 | $ 109.300 | $ 0 | $ 109.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.732.065 | 0008621 | $ 28.600 |
| 34 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 008621 | $ 18.300 |
| 35 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 58.364 | $ 2.400 | $ 0 | $ 2.400 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 58.364 | 0008621 | $ 0 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 30 | $ 2.000.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 22 | 24 | $ 6.111.200 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 244.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 23 | 6 | $ 1.527.800 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 61.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 24 | 30 | $ 1.750.905 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 25 | 30 | $ 1.682.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 67.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 26 | 30 | $ 1.800.000 | CCF15-COMFACESAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 27 | 30 | $ 2.140.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 85.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 28 | 3 | $ 133.334 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 5.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 29 | 16 | $ 711.112 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 30 | 11 | $ 733.334 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 29.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 31 | 15 | $ 875.453 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 32 | 30 | $ 1.800.000 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 33 | 30 | $ 2.732.065 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 109.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 34 | 30 | $ 1.750.905 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 35 | 1 | $ 44.445 | CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900020613 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PREVILABOR SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 48 C #65-23 | TELÉFONO: | 2301810 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6018422964** | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 282699743 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IRE | LMA | VAC | AVP | VCT | INP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 36 | CC 1152690648 | QUIRAMA ESPALDO ASTRID VERONICA | DEPEND | | $ 2.000.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 - COLPENSIONES | 29 | $ 1.933.334 | $ 309.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 309.400 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 29 | $ 1.933.334 | $ 77.400 | $ 0 | $ 77.400 | 14-11 - ARL SURA | 29 | $ 1.933.334 | 0008621 | $ 20.200 | 29 | 1.933.334 | $CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 77.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 37 | CC 1193206575 | SERNA GOMEZ YULIANA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 - COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.800.000 | 0008621 | $ 18.800 | 30 | 1.800.000 | $CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 38 | CC 43250620 | BARRERA VIRAS LUZ ENERYDE | DEPEND | | $ 2.100.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 - PORVENIR | 30 | $ 2.100.000 | $ 336.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 336.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.100.000 | $ 84.000 | $ 0 | $ 84.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.100.000 | 0008621 | $ 22.000 | 30 | 2.100.000 | $CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 84.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 39 | CC 43518334 | MEDINA CUARTAS MARIA CRISTINA | DEPEND | | $ 11.800.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 - COLPENSIONES | 30 | $ 11.800.000 | $ 1.888.000 | $ 59.000 | $ 59.000 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 2.006.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 11.800.000 | $ 472.000 | $ 0 | $ 472.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 11.800.000 | 0008621 | $ 123.200 | 30 | 11.800.000 | $CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 472.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 40 | CC 71768652 | REVELO JARAMILLO RICARDO ANDRES | DEPEND | | $ 7.560.000 | FIJO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 - PROTECCION | 30 | $ 7.560.000 | $ 1.209.600 | $ 37.800 | $ 37.800 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.285.200 | EPS002 - SALUD TOTAL | 30 | $ 7.560.000 | $ 302.400 | $ 0 | $ 302.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 7.560.000 | 0008621 | $ 79.000 | 30 | 7.560.000 | $CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 302.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 21.982.600**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

995BB87F0698791D

**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 **JUAN CARLOS YEPES RESTREPO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 71586499 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 11852-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 2 días del mes de Marzo 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



**11852-T**

JUAN CARLOS
YEPES RESTREPO
C.C. 71.586.499
RESOLUCION INSCRIPCION 2130-T FECHA 29-XI-84
UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA

Presidente

00018340

NOTARIA SEGUNDA DE ENVIGADO
NOTARIO
RAMON DE J. HENAO OSSA
ANTIOQUIA

Antonio
Envigado
DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN
05 JUL 2013
Doy fe que esta reproducción fotostática coincide con original que he tenido a la vista.
RAMÓN DE J. HENAO OSSA
Notario

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único 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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.628.239

SANCHEZ SANCHEZ

APELLIDOS

RODRIGO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1963

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-ABR-1981 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100100-00130251-M-0071628239-20081120 0006535058A 2 1080036515

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14863172802

(415)7707212489984(8020) 000001486317280 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 2 0 6 1 3 | 5 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
PREVILABOR S. A. S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| PREVILABOR SAS | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
C L 48 C 65 23

42. Correo electrónico cristina.medina@previlabor.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 5 0 0 0 1 | 3 1 3 6 8 5 3 2 5 0 | 2 3 0 1 8 1 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 5 0 5 0 2 | 8 6 9 9 | 2 0 0 5 0 5 0 2 | | | | | 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ SANCHEZ RODRIGO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HABITAT DE MEDELLIN**

**FACTURA NÚMERO: P**

**CORTE DE FACTURACION DEL 13 DE MARZO AL 6 DE MAYO DEL 2026**

**FECHA 7 DE MAYO DEL 2026**

| N° | FECHA | APELLIDOS | NOMBRES | CEDULA | AUDIOMETRIA TAMIZ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | OPTOMETRIA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO | PERFIL LIPIDICO | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA ALTURA | GLICEMIA | VISIOMETRIA | VALOR POR TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30/4/2026 | RENGIFO SUAZA | LEIDY PAULINA | 43181994 | | | | 1 | | | | | $ 28,000.00 |
| 2 | 10/4/2026 | RODRIGUEZ MONTOYA | CRISTOBAL | 3352462 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | $ 89,450.00 |
| 3 | 13/4/2026 | ARISTIZABAL VILLA | ANA CAROLINA | 1017195111 | | | | 1 | | | | | $ 28,000.00 |
| 4 | 20/4/2026 | RENDON HERRERA | JULIANA | 1035910187 | | 1 | 1 | | | | | | $ 52,000.00 |
| 5 | 20/4/2026 | CARDONA CORONADO | LIGIA MARIA | 43972905 | | 1 | 1 | | | | | | $ 52,000.00 |
| **TOTAL** | | | | | **1** | **2** | **2** | **2** | **1** | **1** | **1** | **1** | **$ 249,450.00** |

| | EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | V. UNITARIO | TOTALES |
|---|---|---|---|
| 1 | AUDIOMETRIA TAMIZ | $ 14,000 | $ 14,000 |
| 2 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | $ 28,000 | $ 56,000 |
| 2 | OPTOMETRIA | $ 24,000 | $ 48,000 |
| 2 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO | $ 28,000 | $ 56,000 |
| 1 | PERFIL LIPIDICO | $ 30,000 | $ 30,000 |
| 1 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA ALTURA | $ 28,000 | $ 28,000 |
| 1 | GLICEMIA | $ 9,000 | $ 9,000 |
| 1 | VISIOMETRIA | $ 8,450 | $ 8,450 |
| **SUBTOTAL** | | | **$ 249,450** |
| **RETECION EN LA FUENTE** | | 2% | $ 4,989 |
| **TOTAL** | | | **$ 244,461** |

**ALEXANDRA ARROYAVE RAMIREZ**

**Asistente Contable**

**PREVILABOR S.A.S**

Medellín, 7 de mayo de 2026

Señores
INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HABITAT DE MEDELLIN
900014480-8
Medellín, Antioquia

Saludos cordiales,

Por medio del presente documento, damos informe acerca del inicio de las actividades con el contrato de ejecución IP-005-2025 para la entidad INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HABITAT DE MEDELLIN, al cual dimos inicio el pasado 27 de mayo de 2025, con las siguientes actividades y/o servicios:

**EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**

Las fechas de atención comprenden desde el 13 de marzo hasta el 6 de mayo de 2026, para un total de 5 pacientes atendidos a la fecha (2 exámenes de egreso, 2 exámenes de ingreso y 1 examen para trabajos en alturas), los cuales podrán identificar en la relación de Excel que se les adjunta en el presente correo.

La atención a los pacientes relacionados se cumplió a cabalidad en las fechas estipuladas por la entidad y los encontrarán anexos en la prefactura.

Estaremos atentos a sus observaciones

Atentamente,



**RODRIGO SANCHEZ SANCHEZ**.
**Representante legal**
**C.C 71.628.239**

Previlabor
Salud Ocupacional

# PREVILABOR S. A. S.

NIT: 900020613-5
Régimen: No responsable de IVA
Tipo Persona: Jurídica
Calle 48C # 65 - 23, Sector Suramérica, Medell??n, Antioquia, Colombia
Tel. 6042301810
**Este comprobante corresponde al periodo de: 13/03/2026 hasta: 06/05/2026.**

Vigilado Supersalud

**Resolución No. 5225 Medellín, 14 de julio de 2009. Somos prohibidos Gravamen de RETE-ICA. Cómo lo determina subsecretaría hacienda de la alcaldía de Medellín, en uso de las atribuciones legales, en especial la conferida en el estatuto tributario municipal, acuerdo 67 de 2008 y decreto 924 de 2009. CIIU: 8621**

**Autorización facturación electrónica No. 18764097291973 válida desde 2025-08-20 hasta 2027-08-20 rango desde FE1M15001 hasta FE1M25000.**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| NIT: | 900014480 |
| Nombre o Razón Social: | INSTITUTO SOCIAL DE VIVIENDA Y HABITAT DE MEDELLIN |
| Dirección: | CALLE 47 D 75 -276, Medell??n, Antioquia, Colombia |
| Télefono: | 6044304310 |
| Email: | recepcion.facturas@isvimed.gov.co |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| No. de Factura | **FE1M19468** |
| Fecha Emisión | 07/05/2026 16:36:07 |
| Fecha Vencimiento | 07/06/2026 |
| Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Forma de Pago: | Crédito |
| Medio de Pago: | Transferencia Débito Bancaria |
| Fecha de Pago: | 07/06/2026 |
| Total de Lineas | 7 |
| Fecha Firmado | 07/05/2026 16:36:09 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos Nom. | Impuestos % o Val. | Impuestos Monto . | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PV34 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO | 94 | 2,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $56.000,00 |
| 2 | PV3 | AUDIOMETRIA TAMIZ | 94 | 1,00 | $14.000,00 | | | | 0,00 | $14.000,00 |
| 3 | PV33 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PARA ALTURAS | 94 | 1,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $28.000,00 |
| 4 | PV7 | LABORATORIO | 94 | 2,00 | $19.500,00 | | | | 0,00 | $39.000,00 |
| 5 | PV26 | VISIOMETRIA | 94 | 1,00 | $8.450,00 | | | | 0,00 | $8.450,00 |
| 6 | PV17 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | 94 | 2,00 | $28.000,00 | | | | 0,00 | $56.000,00 |
| 7 | PV22 | OPTOMETRIA | 94 | 2,00 | $24.000,00 | | | | 0,00 | $48.000,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe |
|---|---|---|---|
| **Retenciones** | | | |
| 06 ReteRenta | $249.450,00 | 2,00% | $4.989,00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $249.450,00 |
| **Cargos:** | $0,00 |
| **Descuento:** | $0,00 |
| **Total:** | $249.450,00 |
| **ReteRenta:** | $4.989,00 |
| **Neto Factura:** | $244.461,00 |

| | |
|---|---|
| **Notas:** | . |

| | |
|---|---|
| **Total con letra:** | (DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS ) |
| **CUFE:** | ab614034735d69646223d3d20a94357a0998e453cfbdb64b633f08af8bce8cb0e9eed269232a1b6374a08c8a58e91f70 |

PREVILABOR S A S - NIT 900020613 AHORROS BANCOLOMBIA - 10352451537- POR FAVOR ENVÍAR SOPORTE DE PAGO AL CORREO facturacion@previlabor.co y contabilidad@previlabor.co. CIIU: 8621

**Firma Digital:** CKWhZMw4RGroipyi5qu4ZY5nIyP+k3iddvxLAUfToLxaJF4TK226UN5/5wYoyn04
LU8QOMYvDnct0QxZ/ZY6E/YC1xF2wMtoExiQvJSNe13ce/n6ki
heVg6AqnvXmwUa eqm1NwHrNh1EzEBdDZ5an5eUPYXDoxzw25ZEFzZ+W0Fs5SqhkwUeL81zvCrgDWo8 j6s57RVqgZm2u5WEcjPKoUGTn91Jl4Ff+XI
W1SjWCI3D6ryvSswHmxHXdwgLnVd/ 9vsPp0VoaqzuDNXZl0BR/92tWEbk+BXN0ClsX3RKozCK+pqP25DM+AVHDZtYy0yh NVHPvs7HOJxi1wx3csqL
kQ==

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

**Este comprobante corresponde al periodo de: 13/03/2026 hasta: 06/05/2026.**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

# Certificado
# Bancario

Martes, 1 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PREVILABOR S A S identificado(a) con NIT 900020613, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 10352451537 | 2005/06/14 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Número del registro
1

Fecha de aplicación
14 May 2026

Nombre del destinatario
Previlaborsas

Identificación destinatario
9000206135

Producto destino
103 - 524515 - 37

Tipo de producto
Cuenta de ahorros

Banco
Bancolombia

Valor
COP $ 236.229,00

Estado del pago
Exitoso

Código
OKA

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA