artagena de Indias, fecha 27 de febrero de 2026

Señor:
**Teniete Elina veloza**
Supervisor Contrato No. 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025
La ciudad

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO **No 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Ayslin Gonzalez Cabarcas identificada como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo de febrero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula sexta del CONTRATO No. 671 del 27 de noviembre de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS como Hemato Oncologa pediatra, las cuales relaciono a continuación:

**INFORME DE ACTIVIDADES No. 003**

**DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO**

| No. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|---|
| **1.** | Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo a la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento: de la normatividad vigente. | Atención de pacientes de consulta externa los días: 4,11,18 y 25 de febrero de 2026 de 2 a 6 pm |
| **2.** | Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre. | Atención de interconsultas 2 horas. |

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 3648210 correspondiente al mes de febrero de 2025.
INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

**SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. No 671 -ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

| No. PAGO | FECHA | VALOR A PAGAR | CONCEPTO | REGIMEN | No. RUT |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. 003** | 27 de febrero **de 2026** | **$ 3.040.000 (tres millones cuarenta mil pesos)** | **Servicios prestados durante el mes de enero por 16 horas, por valor de $ 190.000 c/u en desarrollo del contrato No 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025.** | **SIMPLIFICADO** | **901727166-3** |

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 787-000064-10 del banco Bancolombia.

Atentamente,

**HEMATO KIDS CARE SAS**
NIT: 901727166-3
No. 671 – ARC-DISAN-DHONAC-2025

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
fee890c577f0d6533efde59211200549cfb4965e3768d818f90a6cd03c1fc341e49524206b244d93a23b3141a2b4ceca

**Número de Factura:** HKC-48
**Fecha de Emisión:** 27/02/2026
**Fecha de Vencimiento:** 29/03/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Crédito Ahorro
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** HEMATO KIDS CARE SAS
**Nombre Comercial:** HEMATO KIDS CARE SAS
**Nit del Emisor:** 901727166
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** CR 23 29 A 76 BRR MANGA
**Teléfono / Móvil:** 3104941153
**Correo:** jamconsultores.auxiliar1@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 901541021
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** BRR BOCAGRANDE CRA 2 N 14-210
**Teléfono / Móvil:** 3202403264
**Correo:** Siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 06 | HONORARIOS SERVICIOS MEDICOS | NIU | 16,00 | $ 190.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 3.040.000,00 |

### Notas Finales

HONORARIOS SERVICIOS MEDICO CORRESPONDIENTE AL PERIODO FEBRERO 2026
FAVOR ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
27/02/2026 00:20:05
**Documento validado por la DIAN:**
27/02/2026 00:20:06
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 3040000 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 3040000 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 3040000 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 3040000 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 3.040.000,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 3.040.000,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 3.040.000,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 3.040.000,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764097606888 Rango desde: 40 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-08-26

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL** | | |
| | **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | | |
| | **INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL** | | |
| | **Versión 2.0** | **Fecha: 20/03/2023** | **Página 1 de 3** |

| **DATOS DEL INFORME** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación:** 03 DE MARZO DE 2026 | **Nombre del Contratista:** HEMATO KIDS CARE SAS | | **No. Contrato:** 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025. |
| **Periodo del informe:** | **Desde el :** 01 DE FEBRERO DE 2026 | **Hasta el:** 28 DE FEBRERO DE 2026 | |
| 1. **Objeto del contrato:** "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN HEMATO-ONCOLOGO PEDIATRICO PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO." | | | |

| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de suscripción** | 01 DICIEMBRE DE 2025 | | | | |
| **Fecha de Iniciación- Inicio** | 01 DICIEMBRE DE 2025 | | | | |
| **Plazo del contrato** | CINCO (05) MESES | | | | |
| **Fecha de Terminación** | 30 DE ABRIL DE 2026 | | | | |
| **Fecha de terminación final (incluir prórrogas)** | 30 DE ABRIL DE 2026 | | | | |
| **Valor Inicial del contrato** | $ 18.240.000 (DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE) | | | | |
| **No. CDP y FECHA:** 87825 del 28/10/2025 | **VALOR:** $ 6.080.000 | **No. CRP y FECHA:** 125025 DE 28/11/2025 | **VALOR:** $ 6.080.000 | | |
| **Valor total del contrato (incluido valor adición)** | $ 18.240.000 (DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE) | | | | |
| **No. CDP y FECHA:** | **VALOR:** | **No. CRP y FECHA:** 15925 DE 28/11/2025 | **VALOR:** $ 12.160.000 | | |

| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **No. De PÓLIZA:** 802084073<br>**No. De PÓLIZA:** CG-1070195 | | **Aseguradora:** CONFIANZA<br>**Aseguradora:** SEGUROS MUNDIAL | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL | 27/11/2025 | 27/11/2026 | $ 1.500.000.000 |
| | CUMPLIMIENTO | 27/11/2025 | 30/04/2026 | $ 1.824.000 |

| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **No. De PÓLIZA:**<br>**Anexo No:** | | **Aseguradora:** | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | $ 18.240.000 |

| | | |
|---|---|---|
| | Valor total tramitado para pago | $ 12.180.000 |
| | Saldo del contrato | $ 6.060.000 |
| | Porcentaje de Ejecución: | 66.77 % |

| APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|---|
| No de Planilla de Salud:<br>36482108 | Entidad: EPS SURA<br>Fecha de pago: 02/03/2026<br>Valor: $ 175.700 |
| No de Planilla de Pensión:<br>36482108 | Entidad: COLPENSIONES<br>Fecha de pago: 02/03/2026<br>Valor: $ 702.400 |
| No. de Planilla de Riesgos Profesionales.<br>36482108 | Entidad: ARL SURA<br>Fecha de pago: 02/03/2026<br>Valor: $ 82.500 |
| No. de Planilla de CCF<br>36482108 | Entidad: CCF CARTAGENA<br>Fecha de pago: 02/03/2026<br>Valor: $ 175.700 |

**CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES**

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN | DEFICIENTE | A MEJORAR | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo a la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento: de la normatividad vigente.<br>Se verifico el cumplimiento del agendamiento de las citas médicas en el sistema dinámica gerencial, 16 horas por valor de $ 190.000 c/u. | | | X | | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| | Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre. | | | X | | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |

**CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO | Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. | | | | |
| AUTORIZACIÓN DE PAGO | PERÍODO A PAGAR | DESDE EL | 01/02/2026 | HASTA EL | 28/02/2026 |
| | VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras) | TRES MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE. | | | |
| | VALOR A PAGAR ( Indicar valor en números ) | $ 3.040.000 | | | |

| | |
|---|---|
| SUPERVISOR - DEPENDENCIA | |
| **NOMBRE:**<br>TN ELINA MARIA VELOZA PALOMINO | |
| **CARGO:** JEFE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA<br>SUPERVISOR CONTRATO N° 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025. | FIRMA |
| DOCUMENTO SOPORTES | 1. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)<br>2. Acta de recibo de a satisfacción parcial.<br>3. Factura Electrónica de venta HKC48 |

| | ARMADA NACIONAL<br>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL | | |
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO<br>CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | | |
| | Versión 1.0 | Fecha: 20/02/2023 | Página 1 de 1 |

artagena de Indias, fecha 27 de febrero de 2026

Señor:
**Teniete Elina veloza**
Supervisor Contrato No. 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025
La ciudad

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO **No 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Ayslin Gonzalez Cabarcas identificada como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo de febrero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula sexta del CONTRATO No. 671 del 27 de noviembre de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS como Hemato Oncologa pediatra, las cuales relaciono a continuación:

**INFORME DE ACTIVIDADES No. 003**

**DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO**

| No. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|---|
| 1. | Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo a la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento: de la normatividad vigente. | Atención de pacientes de consulta externa los días: 4,11,18 y 25 de febrero de 2026 de 2 a 6 pm |
| 2. | Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre. | Atención de interconsultas 2 horas. |

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 3648210 correspondiente al mes de febrero de 2025.
INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

**SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. No 671 -ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

| No. PAGO | FECHA | VALOR A PAGAR | CONCEPTO | REGIMEN | No. RUT |
|---|---|---|---|---|---|
| No. 003 | 27 de febrero de 2026 | $ 3.040.000 (tres millones cuarenta mil pesos) | Servicios prestados durante el mes de enero por 16 horas, por valor de $ 190.000 c/u en desarrollo del contrato No 671-ARC-DISAN-DHONAC-2025. | SIMPLIFICADO | 901727166-3 |

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 787-000064-10 del banco Bancolombia.

Atentamente,

**HEMATO KIDS CARE SAS**
NIT: 901727166-3
No. 671 – ARC-DISAN-DHONAC-2025

*2023022095110* **REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN**

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
fee890c577f0d6533efde59211200549cfb4965e3768d818f90a6cd03c1fc341e49524206b244d93a23b3141a2b4ceca

**Número de Factura:** HKC-48
**Fecha de Emisión:** 27/02/2026
**Fecha de Vencimiento:** 29/03/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Crédito Ahorro
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** HEMATO KIDS CARE SAS
**Nombre Comercial:** HEMATO KIDS CARE SAS
**Nit del Emisor:** 901727166
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** CR 23 29 A 76 BRR MANGA
**Teléfono / Móvil:** 3104941153
**Correo:** jamconsultores.auxiliar1@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 901541021
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** BRR BOCAGRANDE CRA 2 N 14-210
**Teléfono / Móvil:** 3202403264
**Correo:** Siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 06 | HONORARIOS SERVICIOS MEDICOS | NIU | 16,00 | $ 190.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 3.040.000,00 |

### Notas Finales

HONORARIOS SERVICIOS MEDICO CORRESPONDIENTE AL PERIODO FEBRERO 2026
FAVOR ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
27/02/2026 00:20:05
**Documento validado por la DIAN:**
27/02/2026 00:20:06
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 3040000 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 3040000 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 3040000 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 3040000 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 3.040.000,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 3.040.000,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 3.040.000,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 3.040.000,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764097606888 Rango desde: 40 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-08-26

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | HEMATO KIDS CARE SAS |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-901727166 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2026-02-28 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-03-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-03-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-02 |
| NÚMERO PLANILLA: | 36482108 |
| TOTAL COTIZANTES: | 2 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 36482108 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 174.100 | $ 175.700 |
| Subtotal Salud | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 174.100 | $ 175.700 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 | $ 696.200 | $ 702.400 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 | $ 696.200 | $ 702.400 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 81.700 | $ 82.500 |
| Subtotal ARL | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 81.700 | $ 82.500 |
| CCF09 | 890480110 | CCF DE CARTAGENA | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 174.100 | $ 175.700 |
| Subtotal CCF | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 174.100 | $ 175.700 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 10.200 | $ 1.126.100 | $ 1.136.300 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/03/2026 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 901727166 | 3 | HEMATO KIDS CARE SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8621 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-1 | CR 23 29 A 76 BRR MANGA | | 3104941153 | | | AYSLINGONZALEZ@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 | 36482108 | E | 2026-03-02 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.136.300 | 10.200 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 2 | 36482108 | 2026-02-16 | 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. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
| 1 | CC 7572919 | CUBILLOS VARGAS JESUS ALFONSO | 1.750.905 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSIONES-25-14 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | EPS SURA-EPS010 | 1.750.905 | 70.100 | CCF DE CARTAGENA-CCF09 | 1.750.905 | 70.100 | 1.750.905 | 18.300 | 0,01044 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 438.700 | S | 2862101 |
| 2 | CC 1065564189 | GONZALEZ CABARCAS AYSLIN YOHANNA | 2.600.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSIONES-25-14 | 2.600.000 | 416.000 | 0 | 0 | EPS SURA-EPS010 | 2.600.000 | 104.000 | CCF DE CARTAGENA-CCF09 | 2.600.000 | 104.000 | 2.600.000 | 63.400 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 687.400 | S | 2862101 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 901727166 | 3 | HEMATO KIDS CARE SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8621 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-1 | CR 23 29 A 76 BRR MANGA | | 3104941153 | | | AYSLINGONZALEZ@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 | 36482108 | E | 2026-03-02 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.136.300 | 10.200 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 2 | 36482108 | 2026-02-16 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 4.350.905 | 4.350.905 | 4.350.905 | 4.350.905 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 2 | 696.200 | 0 | 6.200 | 0 | 702.400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 2 | 696.200 | 0 | 6.200 | 0 | 702.400 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 2 | 174.100 | 0 | 1.600 | 0 | 175.700 |
| EPS SURA | EPS010 | 800088702 | 2 | 2 | 174.100 | 0 | 1.600 | 0 | 175.700 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 2 | 81.700 | 0 | 800 | 0 | 82.500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 2 | 81.700 | 0 | 800 | 0 | 82.500 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 2 | 174.100 | 0 | 1.600 | 0 | 175.700 |
| CCF DE CARTAGENA | CCF09 | 890480110 | 1 | 2 | 174.100 | 0 | 1.600 | 0 | 175.700 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gran Total | 1.126.100 | 0 | 10.200 | 0 | 1.136.300 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO