FECHA DE ACTA:	25/06/2026	**ACTA N°:**	03

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
N° DE CONTRATO	1615-2025-CO1.PCCNTR.8132751	**FECHA CONTRATO:**	29/07/2025
NOMBRE CONTRATISTA E IDENTIFICACIÓN:	**HOSPIFARM S.A.S, identificada con Nit No. 901217844-0, representada legalmente por la señora RUBY AMPARO VILLAMIZAR DE DUARTE, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.303.150 expedida en el Municipio de Bucaramanga.**		
OBJETO DEL CONTRATO:			
CONTRATO DE TRANSPORTE TERRESTRE DE BIOLÓGICOS E INSUMOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA.			
LUGAR DE EJECUCIÓN:	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		
NOMBRE SUPERVISOR/A:	DIANA PATRICIA AFANADOR CHAPARRO		
CARGO SUPERVISOR/A:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 03		
OFICINA GESTORA:	SECRETARIA DE SALUD		
PLAZO DEL CONTRATO:	30/12/2025	**PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica):	N/A
VALOR DEL CONTRATO:	$15.000.000	**VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica):	N/A
FECHA DE INICIO:	04/08/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:	30/12/2025	**FECHA TERMINACIÓN FINAL O ANTICIPADA:**	

REGISTROS PRESUPUESTALES			
REGISTROS INICIALES			
N° DE CDP:	25-02740	**FECHA DE EXPEDICIÓN:**	15/07/2025
N° DE RP:	25-03580	**FECHA DE EXPEDICIÓN:**	30/07/2025
REGISTROS ACTUALIZADOS VIG.2026			
N° DE CDP:	26-02106	**FECHA DE EXPEDICIÓN:**	06/03/2026
N° DE RP:	26-02191	**FECHA DE EXPEDICIÓN:**	06/03/2026
REGISTROS ADICIONALES (si aplica)			
N° DE CDP:		**FECHA DE EXPEDICIÓN**	
N° DE RP:		**FECHA DE EXPEDICIÓN**	

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	**FECHA DE PAGO**	**N° DE PLANILLA**	**VALOR SALUD**	**VALOR PENSIÓN**	**VALOR ARL**
			SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA
AGOSTO	2025-08-15	7979436690	$ 57.000	$ 227.800	$ 7.500
SEPTIEMBRE	2025-09-222	7983586966	$ 57.000	$ 227.800	$ 7.500
OCTUBRE	2025-10-09	7988010299	$ 57.000	$ 227.800	$ 7.500
NOVIEMBRE	2025-11-04	7990790544	$ 57.000	$ 227.800	$ 7.500
DICIEMBRE	2025-12-04	7993279395	$ 57.000	$ 227.800	$ 7.500

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	**NUMERO DE PÓLIZA**	**FECHA DE APROBACIÓN**
SEGUROS DEL ESTADO	96-44-101198672	31/07/2025
SEGUROS DEL ESTADO	96-44-101198672	23-06-2026

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
TIPO DE ESTAMPILLA	**Nº ESTAMPILLA**	**FECHA PAGO**
N/A	N/A	N/A
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	04/08/2025 al 30/12/2025	
OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO		
Teniendo en cuenta el presunto incumplimiento por parte del contratista, se envió el respectivo informe de la supervisión a la Oficina de Contratación del Municipio para inicio del proceso administrativo sancionatorio.		

Scanned with CamScanner

El día 17 de marzo de 2026, se llevó a cabo el inicio de la audiencia por presunto incumplimiento en la cual el Contratista **HOSPIFARM S.A.S**, a través de su apoderada Señora DIANA GOMEZ, directora comercial manifestó lo siguiente:

"Reconoció limitaciones operacionales y observaciones formales respecto al vehículo, pero afirmó que el servicio se prestó en dos ocasiones, garantizando la conservación de los biológicos y sin que se notificara contaminación de los mismos. Con el tema de la rotulación del vehículo, no es una condición real de riesgo acreditado como tal. Nunca hubo contaminación ni afectación, a pesar de hacer el traslado en estos vehículos.

Ellos intentaron subsanar la situación con alternativas, incluido un cambio de vehículo que cumpliera con las especificaciones técnicas, pero la documentación no se pudo presentar de inmediato. Propuso una liquidación del contrato por mutuo acuerdo sin cobrar valor alguno por la prestación del servicio."

Así mismo mediante escrito manifestó los siguiente:
"(…) El contratista sí dispuso vehículos operativos y funcionales para la prestación del servicio.

No se acreditó técnicamente que dichos vehículos comprometieran la cadena de frío.
La supervisión no practicó pruebas técnicas (temperatura, humedad, contaminación) que demostraran riesgo real.

Por tanto, no existe prueba de afectación material.

Sobre los distintivos de "cárnicos"

*La existencia de señalización previa en el vehículo **no constituye por sí misma incumplimiento técnico**, si no se demuestra contaminación efectiva.*
No existe evidencia de:
- ✓ *contaminación cruzada*
- ✓ *alteración de biológicos*
- ✓ *ruptura de cadena de frío*

*Se trata de una **presunción sin soporte técnico probatorio***

La entidad menciona riesgos, pero:
- *No se probó daño real.*
- *No se acreditó pérdida de biológicos.*
- *No se demostró interrupción definitiva del servicio*

De conformidad con los principios de la contratación estatal:

- *Se debe evitar prolongar controversias innecesarias.*
- *La liquidación en ceros permite cerrar el contrato de forma ágil y eficiente."*

Allega soportes fotográficos en donde se evidencia la prestación del servicio de transporte de vacunas y los soportes de cambio de vehículo radicados ante la Secretaria de salud del Municipio.

Una vez agotado el debido proceso y en específico, se ha aplicado y seguido el trámite contenido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, se motiva el fallo contenido en la RESOLUCIÓN N°1666 (08 de abril de 2026) "*POR LA CUAL SE DECIDE EN AUDIENCIA EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1615-2025-CO1.PCCNTR.8132751 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA Y HOSPIFARM S.A.S, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011"* así: (…) *no se encuentra probada en forma fehaciente el incumplimiento en lo que refiere al vehículo para prestar el servicio, máxime cuando no solo en una sino en dos oportunidades pudo prestar el mismo, sin que mediara algún daño de los biológicos o queja por parte de la Secretaría de salud del Departamento. Del informe tampoco se puede establecer en forma precisa el vehículo allegado con cual característica no cumplía, es decir no contaba con la licencia de habilitación o no era climatizado. Se parte del supuesto que no cumplía en tanto no correspondía al mismo vehículo evaluado en el proceso, sin embargo, es posible que en la ejecución contractual el contratista cambie el vehículo, por cuanto haya ocurrido alguna eventualidad, sin que ello implique que exista un incumplimiento.*

También, es importante resaltar que el motivo del incumplimiento del vehículo no puede basarse en el hecho que la misma tenía un letrero de "cárnicos" máxime si en la invitación del proceso no se indicó en forma precisa que el vehículo debía venir rotulado de cierta manera o que no debía traer nada rotulado en la parte exterior del mismo.

Si bien, el supervisor en su informe indica que situación del contratista generó: "(I) Reprocesos frente a la coordinación de entrega de biológicos e insumos con la Secretaria de Salud Departamental, tales como reprogramación de entrega, negativa de entrega, agendamientos y/o citaciones adicionales al personal que apoya dichas actividades, (II) Riesgo frente al cumplimiento del protocolo de transporte de biológicos y exposición a contaminantes (contaminación cruzada) que puede comprometer la calidad y seguridad de los productos transportados y (III) Retraso en la entrega de biológicos en beneficio de la comunidad en general" no existe en el compendio probatorio enviado por la misma, soporte alguno de ello. De la misma manera, tampoco se deja en evidencia, los daños o consecuencias de este presunto incumplimiento, es decir, cantidad

Scanned with CamScanner

de biológicos no inyectados a la comunidad, cantidad de biológicos perdidos o dañados, quejas de la secretaria de salud del Departamento, o algún documento probatorio similar. (...), por lo que en su parte resolutiva determinó:

> ***ARTÍCULO PRIMERO**: Declarar **NO PROBADOS** los cargos imputados al contratista HOSPIFARM S.A.S con Nit. 901217844-0 y en consecuencia ARCHIVAR el procedimiento administrativo adelantado en su contra, teniendo en cuenta las razones expuestas en el presente acto administrativo.*
>
> ***ARTÍCULO SEGUNDO**: Ordenar iniciar el proceso de liquidación por mutuo acuerdo entre las partes del contrato de prestación de servicios No. 1615-2025- CO1.PCCNTR.8132751 en ceros*
>
> *(…)*

Por ende, en cumplimiento de lo anterior, se proyecta la presenta acta.

1. Que, mediante Decreto N° 0039 del 10 de enero de 2024, el Sr. Alcalde del Municipio de Floridablanca ha delegado en el/la Jefe de la Oficina de Contratación el ejercicio de la competencia para celebrar todos los contratos y convenios imputables a gastos de funcionamiento e inversión sin importar su naturaleza o dependencia donde se requiera el bien y/o servicio. Además, le corresponde la facultad residual, entendiéndose por tal, la celebración de contratos y convenios que no correspondan a ningún de los casos que expresamente sean delegados o asignados a otros despachos.

2. Las partes acuerdan que no habrá reconocimientos posteriores por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de alguna de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la terminación del contrato, por lo cual, no hay lugar a consignar observaciones ni objeciones.

3. El SUPERVISOR del contrato verificó que el CONTRATISTA cumplió con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad integral, así como los propios del Sena, ICBF y cajas de compensación familiar, según corresponda, por el periodo de ejecución.

4. El ORDENADOR DEL GASTO, el CONTRATISTA y el SUPERVISOR del contrato, de común acuerdo, dan por terminado el presente contrato y declaran estar a paz y salvo una vez se suscriban la presenta acta de terminación y el acta de liquidación.

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance final de la ejecución de este contrato es el siguiente:

BALANCE FINAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
DETALLE	**CONTRATADO**	**PAGOS REALIZADOS**
VALOR INICIAL	$15.000.000	N/A
VALOR ADICIONAL (si aplica)	N/A	N/A
PRIMER PAGO	N/A	N/A
SEGUNDO PAGO	N/A	N/A
TERCER PAGO	N/A	N/A
CUARTO PAGO	N/A	N/A
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO (si aplica)		**$15.000.000**
TOTAL (sumas iguales)	**$15.000.000**	**$15.000.000**

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta de terminación por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, a los veinticinco (25) días del mes de junio de 2026.

DIANA MILENA VILA FLOREZ
Jefe Oficina de Contratación
Ordenador del gasto

DIANA PATRICIA AFANADOR CHAPARRO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 03
Supervisor

HOSPIFARM S.A.S
Contratista

Proyectó: *Melissa Alquichire – Abogada Enlace SSF*
Revisó: *Diana Patricia Afanador Chaparro P.U salud pública*
***Revisó**: Angélica Martínez Rojas- Oficina de contratación*

Scanned with CamScanner

FECHA DE ACTA:	25/06/2026	**ACTA N°**	**04**
CONTRATO N° :	1615-2025- CO1.PCCNTR.8132751		
FECHA DEL CONTRATO:	29/07/2025		
OBJETO DEL CONTRATO:	**CONTRATO DE TRANSPORTE TERRESTRE DE BIOLÓGICOS E INSUMOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA**		
VALOR DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000=)		
VALOR ADICIONAL:	N/A		
PLAZO INICIAL:	El plazo de ejecución será hasta el 30 de diciembre del 2025 y/o hasta agotar presupuesto, lo que ocurra primero, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previa aprobación de garantías y expedición del registro presupuestal.		
PLAZO ADICIONAL:	N/A		
CONTRATISTA:	**HOSPIFARM S.A.S, identificada con Nit No. 901217844-0, representada legalmente por la señora RUBY AMPARO VILLAMIZAR DE DUARTE, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.303.150 expedida en el Municipio de Bucaramanga**		
SUPERVISOR:	DIANA PATRICIA AFANADOR CHAPARRO		
CARGO SUPERVISOR:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 03		
INTERVENTOR:	N/A		
CONTRATO DE INTERVENTORIA N°:	N/A		
FECHA DE INICIO:	04/08/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/12/2025		

En Floridablanca, a los 25 días del mes de junio de 2026, se reunieron en la Oficina de Contratación la Dra. DIANA MILENA VILA FLOREZ mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **63.538.198** expedida en Bucaramanga en su calidad de Jefe de la Oficina de Contratación – **ORDENADOR(A) DEL GASTO**, nombrado(a) por Decreto N° 0039 del 10 de enero de 2024 y posesionado(a) mediante Acta N° del 18 de enero de 2024, que reposa en los archivos de la Alcaldía Municipal, delegado(a) por el Alcalde Municipal para celebrar, tramitar y celebrar contratos mediante Decreto N° 0039 del 10 de enero de 2024, DIANA PATRICIA AFANADOR CHAPARRO adscrito(a) a la SECRETARIA DE SALUD del Municipio de Floridablanca como **SUPERVISOR(A)** del contrato y RUBY AMPARO VILLAMIZAR DE DUARTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 63.303.150 expedida en Bucaramanga representante legal de la empresa HOSPIFARM S.A.S identificada con el NIT N° 901.217.844-0 en calidad de **CONTRATISTA,** con el fin de firmar la presente acta de liquidación.

CONSIDERANDO

1. Que, mediante Decreto N° 0039 del 10 de enero de 2024, el Sr. Alcalde del Municipio de Floridablanca ha delegado en el(la) Jefe de la Oficina de Contratación el ejercicio de la competencia para celebrar todos los contratos y convenios imputables a gastos de funcionamiento e inversión sin importar su naturaleza o dependencia donde se requiera el bien y/o servicio. Además, le corresponde la facultad residual, entendiéndose por tal, la celebración de contratos y convenios que no correspondan a ningún de los casos que expresamente sean delegados o asignados a otros despachos.

Scanned with CamScanner

2. Que, entre el Municipio de Floridablanca y HOSPIFARM S.A.S como Contratista, se celebró el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1615-2025- CO1.PCCNTR.8132751 de fecha 29/07/2025.

3. Que, las partes previo al agotamiento del debido proceso y en específico, se ha aplicado y seguido el trámite contenido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, mediante resolución No. 1666 (08 de abril de 2026) "*POR LA CUAL SE DECIDE EN AUDIENCIA EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1615-2025- CO1.PCCNTR.8132751 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA Y HOSPIFARM S.A.S, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011",* se determinó:

   ***ARTÍCULO PRIMERO**: Declarar **NO PROBADOS** los cargos imputados al contratista HOSPIFARM S.A.S con Nit. 901217844-0 y en consecuencia ARCHIVAR el procedimiento administrativo adelantado en su contra, teniendo en cuenta las razones expuestas en el presente acto administrativo.*

   ***ARTÍCULO SEGUNDO**: Ordenar iniciar el proceso de liquidación por mutuo acuerdo entre las partes del contrato de prestación de servicios No. 1615-2025- CO1.PCCNTR.8132751 en ceros*
   (…)

   Hemos acordado liquidar el presente contrato.

4. Que, en consecuencia, se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 Modificado por el art. 217, Decreto Nacional 019 de 2012.

5. Que, con base en lo anterior, el balance financiero del contrato es el siguiente:

DETALLE	VALOR CONTRATADO	VALOR TOTAL ACTA	VALOR AMORTIZACIÓN	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$15.000.000**	[ ]	[ ]	[ ]
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A	[ ]	[ ]	[ ]
VALOR ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO (N°%)	N/A	[ ]	[ ]	[ ]
PRIMER PAGO	[ ]	[ ]	[ ]	0
SEGUNDO PAGO	[ ]	[ ]	[ ]	0
TERCER PAGO	[ ]	[ ]	[ ]	0
CUARTO PAGO	[ ]	[ ]	[ ]	0
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO (si aplica)	[ ]	[ ]	[ ]	**$15.000.000**
TOTAL (sumas iguales)	**$15.000.000**	[ ]	[ ]	**$15.000.000**

6. Que, se han suscrito las siguientes actas:

ACTA N°	TIPO DE ACTA	FECHA	VALOR TOTAL (SI APLICA)
ACTA N° 01	ACTA DE INICIO	04/08/2026	[ ]
ACTA N° 02	ACTA ACLARATORIA	27/05/2026	[ ]

Scanned with CamScanner

	ACTA N° 03	ACTA DE TERMINACIÓN	25-06-2026	$0	
	ACTA N° 04	ACTA DE LIQUIDACION	25-06-2026	$0	

7. Que, en fecha del 31/07/2025 fue aprobada la garantía única con los siguientes amparos y vigencias:

ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO		
96- 44-101198672	- **CUMPLIMIENTO** - **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES ETC** - **CALIDAD DE LOS ELEMENTOS**	**VIGENCIA**	
		DESDE 28/07/2025	**HASTA** - **30/04/2026** - **30/12/2028** - **30/04/2026**

8. Que, en fecha del 23/06/2026 fue aprobada la ampliación de garantía única con los siguientes amparos y vigencias:

ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO		
96- 44-101198672	- **CUMPLIMIENTO** - **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES ETC** - **CALIDAD DE LOS ELEMENTOS**	**VIGENCIA**	
		DESDE 28/07/2025	**HASTA** - **15/07/2026** - **30/12/2028** - **15/07/2026**

9. Que, durante la ejecución del contrato, el supervisor verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

10. Que, a la fecha, el Municipio de Floridablanca NO adeuda a HOSPIFARM S.A.S., valor alguno por la no ejecución del contrato.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto, las partes

ACUERDAN

Dar por liquidado el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 1615-2025-CO1.PCCNTR.8132751 de fecha 29/07/2025, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, una vez suscrita la presente acta.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral 3:

DIANA MILENA VILA FLOREZ
Jefe Oficina de Contratación
Ordenador del gasto

DIANA PATRICIA AFANADOR CHAPARRO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 03
Supervisor

HOSPIFARM S.A.S
Contratista

Proyectó: *Melissa Alquichire – Abogada Enlace SSF*
Revisó: *Diana Patricia Afanador Chaparro P.U salud pública*
Reviso*: Angélica Martínez Rojas- Oficina de contratación.*

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901217844
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOSPIFARM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 80 59 04	TELÉFONO:	6981547
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - GABRIELA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979436690**				TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1702943466

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	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:													**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 57.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:			**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 57.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1005282044	CABALLERO TORRES ANGIE GABRIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	84104624	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 349.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901217844
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOSPIFARM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 80 59 04	TELÉFONO:	6981547
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de productos
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - GABRIELA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7983586966**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1790228752

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 57.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 57.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 57.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 57.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 349.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 349.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901217844
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOSPIFARM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 80 59 04	TELÉFONO:	6981547
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - GABRIELA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7988010299**		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1840651822	

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	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:													**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 57.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:			**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 57.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1005282044	CABALLERO TORRES ANGIE GABRIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	84104624	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 349.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901217844
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOSPIFARM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 80 59 04	TELÉFONO:	6981547
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - GABRIELA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7990790544**		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1899950314	

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	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:													**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 57.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:			**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 57.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1005282044	CABALLERO TORRES ANGIE GABRIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	84104624	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 349.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901217844
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HOSPIFARM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 80 59 04	TELÉFONO:	6981547
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - GABRIELA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7993279395**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1982602361		

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	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:													**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 57.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:			**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 57.000**

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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1005282044	CABALLERO TORRES ANGIE GABRIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	84104624	$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 349.300

Planilla Pagada

HOSPIFARM
DISTRIBUCIONES FARMACEUTICAS

DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Bucaramanga, 05 de Enero de 2026

De conformidad con lo estipulado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, La suscrita Contadora Pública LUZ STELLA HERRERA VILLAMIZAR, identificada con la C.C. No. 63.510.616, certifico bajo la gravedad de juramento, que la empresa **HOSPIFARM SAS**, con NIT: 901.217.844-0, no adeuda suma alguna, en los últimos seis (6) meses, por concepto de aportes al sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, debido a que no estamos obligados a pagar porque no tenemos empleados.

La presente certificación se expide, en la ciudad de Bucaramanga, 05 de Enero de 2026.

Atentamente,

LUZ STELLA HERRERA VILLAMIZAR
CC. 63.510.616
T.P.100566-T

RUBY AMPARO VILLAMIZAR
Representante legal Hospifarm SAS

Contacto: +57 314 2194864
comercial.hospifarm@gmail.com
hospifarmdistribuciones@gmail.com

Bucaramanga - Colombia



Republica de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

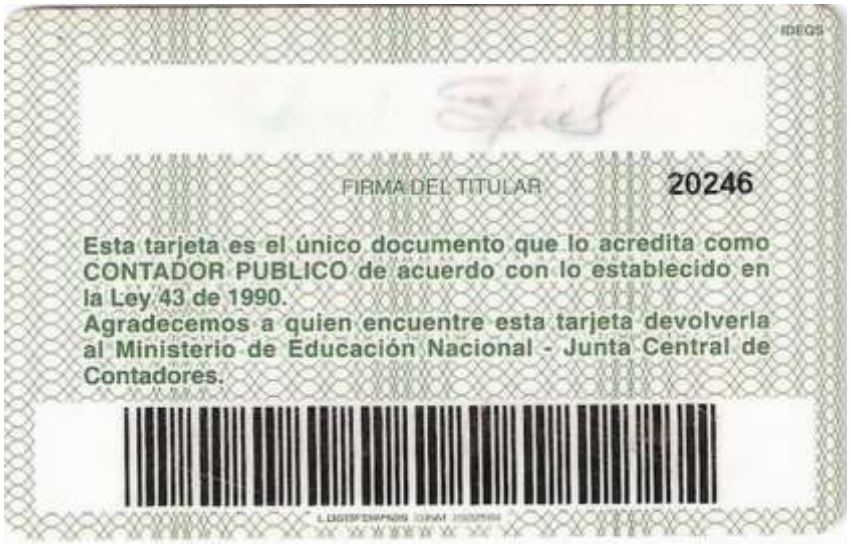
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

100566-T

LUZ STELLA
HERRERA VILLAMIZAR
C.C. 63510616
RESOLUCION INSCRIPCION 71 FECHA 2004/04/29
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

PRESIDENTE

MIGUEL TIQUE PEÑA 110124



FIRMA DEL TITULAR 20246

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 **63.510.616**

HERRERA VILLAMIZAR

APELLIDOS

LUZ STELLA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1976**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2505400-00278786-F-0063510616-20110127 **0025604437A 2** 34501095

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141183004174

(415)7707212489984(8020) 000014118300417 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 1 7 8 4 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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
HOSPIFARM S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
HOSPIFARM S.A.S	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal
CR 11 CL 33 69 CEN

42. Correo electrónico hospifarmdistribuciones@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 1 9 4 8 6 4	3 2 2 6 5 1 6 7 7 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 8 0 9 1 8	4 9 2 3	2 0 2 5 0 5 0 1	4 6 5 9	3 7 0 0			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	4	2	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
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 61. Fecha 2025-05-25 / 07:54:31AM

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 VILLAMIZAR DE DUARTE RUBY AMPARO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141183004174

(415)7707212489984(8020) **000014118300417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 1 7 8 4 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 8 0 9 2 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 9 2 7	
77. No. Matrícula mercantil	0 5 4 1 4 2 9 0 1 6	
78. Departamento	6 8	
79. Ciudad/Municipio	5	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 8 0 9 2 4	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 8 0 9 2 7		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141183004174

(415)7707212489984(8020) **000014118300417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 1 7 8 4 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 1 0 9 2 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 3 3 0 3 1 5 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VILLAMIZAR	DE DUARTE	RUBY	AMPARO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141183004174

(415)7707212489984(8020) **000014118300417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 1 7 8 4 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 5 1 0 6 1 6	4	1 0 0 5 6 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
HERRERA	VILLAMIZAR	LUZ	STELLA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 7 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141183004174

(415)7707212489984(8020) **000014118300417 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 2 1 7 8 4 4	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: HOSPIFARM S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

165. Dirección: CL 91 55 46 BRR HACIENDA SAN JUAN

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 1 4 2 9 1	2 0 1 8 0 9 2 7
168. Teléfono: 3 1 4 2 1 9 4 8 6 4	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO