	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 9.0	**Fecha: 24/01/2024**	**Página: 1 de 1**

CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS

IPS: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
9	PÓLIZA DE GARANTÍA	
10	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
11	COPIA DEL CONTRATO	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **AREA DE CONTABILIDAD**

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)

CONTRATISTA: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	PÓLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **ÁREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA:JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA **No. CTO: 037-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2025**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	X
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	X
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	X
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	X
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	X
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	X
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	X
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	X
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	**X**

OBSERVACIONES:

TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.		
ENTIDAD:		**No. FACTURA:**
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — **USUARIO RESPONSABLE TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — **ÁREA DE CONTABILIDAD**

PAGO VIÁTICOS		
FUNCIONARIO:		**No. CÉDULA:**
No. RESOLUCIÓN:		
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — **ÁREA DE CONTABILIDAD**

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS		
ENTIDAD _____		**No. FACTURA:**
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — **AREA DE CONTABILIDAD**

	ARMADA NACIONAL **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL**	
	GESTION CONTRACTUAL	
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL	
	Versión: 3.0	**Fecha :**25-06-2013

Acta N° 005 Correspondiente al periodo comprendido del 01 al 30 de JUNIO 2026

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 de junio 2026
Contrato, Orden o convenio Nº	**026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
Contratista	JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA
Identificación (Cedula o Nit)	CC 16.470.134
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA.**
Valor Total del Contrato	TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($32.000.000,00)
Plazo de Ejecución	30 noviembre de 2026
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIALES DE ACUERDO CON HORAS MENSUALES PRESTADAS
Número de la factura	005
Valor de la Factura	$ 3,200,000,00
Saldo del contrato	$16.199.800 saldo contrato y 49,38% de ejecución
No CDP	CDP 4726 16/01/2026
No CRP	CRP 4726 16/01/2026

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N.º**	**VALOR**
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM					
Observación	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA**, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.				

CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO						
Descripción	**No. FACTURA**	**FECHA FACTURA**	**VALOR FACTURA**	**DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS**	**VALOR DIFERENCIA**	**VALOR TOTAL PAGO**
	005	30/06/2026	$ 3,200,000,00	40 HORAS X $80.000,00 VALOR HORA GINECOLOGO	N/A	$ 3,2000,000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA**, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.					

Certificado de Cumplimiento DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DEL 2026 No. Planilla 6020595272

TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA
SUPERVISOR DEL CONTRATO No 026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026

INFORME DE HORAS CORRESPONDIENTE AL PERIODO ENTRE EL 01 AL 30 DE JUNIO 2026.

CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA.

Buenaventura, 30 de Junio 2026

Teniente de Corbeta
SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA

Supervisor Contrato No 026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026

- Realizar Consulta por la especialidad de ginecología apoyo al proceso del Modelo de Atención Integral en Salud
- Diligenciar adecuadamente la Historia clínica de los pacientes, así como las descripciones de los procedimientos, diagnósticos, tratamientos instaurados código CIE 10
- Cumplir con los procedimientos y protocolos en consulta externa para la atención en ginecología a bordo del Dispensario Médico nivel II Buenaventura.
- Ordenar los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico que sean necesarios para el tratamiento de los pacientes del Dispensario Médico nivel II Buenaventura
- Realizar seguimiento a los pacientes ingresados en cada una de las rutas generales como especificas en el modelo de atención integral en salud.

De manera cordial me permito relacionar las horas prestadas durante el periodo comprendido del 01 al 30 de Junio 2026

- 40 HORAS X $ 80.000.00 (Ginecólogo DMBUN) = $ 3,200,000,00

Atentamente,



JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA
CC 16.470.134

REGIMEN SIMPLIFICADO
SOLICITUD DE PAGO No: 005
RUT No. 16.470.134

Ciudad y Fecha: Buenaventura, 30 de Junio del 2026

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION GENERAL SANIDAD MILITAR
HOSPITAL NAVAL BAHIA MALAGA
NIT 901.540.793-7

DEBE A:

JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA
CC 16.470.134

La suma de: TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.($ 3,200,000,00)

Por concepto: *Prestación De Servicios De servicios asistenciales Como Ginecólogo En El Dispensario Médico Nivel II Buenaventura, y en virtud de los servicios prestados durante el periodo comprendido del 01 al 30 de Junio del 2026, en desarrollo del Contrato* ***026-ARC-DISAN- REPAC-DMBHM – 2026***

No. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS	VALOR DIFERENCIA	VALOR TOTAL, PAGO
005	30-06-2026	$3,200,000,00	* Total a pagar 40 horas X $ 68.865.00 (GINECOLOGO DMBUN). 40 horas X $ 80,000,0= **$ 3,200,000,00**	N/A	$ **3,200,000,00**

En cumplimiento del requisito contemplado en el artículo 5 del Decreto-Ley 129 de enero de 2010, manifiesto expresamente que he realizado mis aportes al sistema de seguridad social y pensiones mediante la planilla integrada de liquidación de aportes (MI PLANILLA) **6017484028** del mes de mayo 2026.

INFORMACION PARAFISCAL PARA BASE DEDUCCIONES	
APORTES A SALUD	**$ 504.800,00**
APORTE A PENSION	**$ 0,00**
ARL	**$ 42.200,00**
TOTAL	**$ 547.000,00**

De igual forma certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes realizados a salud, SI ( ) NO (x) han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

FIRMA DEL CONTRATISTA
CC 16.470.134

FIRMA DEL SUPERVISOR
CC: 1041269528

Anexo: PAGO APORTES DE JUNIO DE 2025.

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: **01/06/2026**	**Nombre del Contratista:** JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA				**No. Contrato:** **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
Periodo del informe:	**Desde el: 01/06/2026**		**Hasta el: 30/06/2026**		
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA"					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	22/01/2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	01/02/2026				
Plazo del contrato	05 MESES				
Fecha de Terminación	13/11/2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	$ 32.000.000,00				
No. CDP y FECHA: No. 4726 16/01/2026	**VALOR:** $ 32.000.000,00		**No. CRP y FECHA:** No. 4726 16/01/2026		**VALOR:** $ 32.000.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)					
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:** 4726 16/01/2026		**VALOR:**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **100094529 (Calidad y Cumplimiento) –** **4029 (Responsabilidad Civil)**		**Aseguradora:** **Seguros Mundial – HDI Seguros**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	Calidad y Cumplimiento	27/01/2025	30/03/2027	$ 6.400.000,00	
	Responsabilidad Civil	01/10/2024	01/10/2025	$600.000.000,00	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	-	-	-	-	
	-	-	-	-	
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO					
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	32.000.000			
	Valor total tramitado para pago	$ 3,200,000,00			
	Saldo del contrato	$16.199.800			

	Porcentaje de Ejecución:	49,38 %
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. de Planilla de Salud: **6020595272**	Entidad: NUEVA EPS Fecha de pago: 2026/06/22 Valor: $ $ 504.800	
No. de Planilla de Pensión: **6020595272**	Entidad: Fecha de pago: 2026/06/22 Valor Valor: $ 0.00	
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **6020595272**	Entidad: POSITIVA Fecha de pago: 2026/06/22 Valor : $ 42.200	

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Realizar Consulta por la especialidad de ginecología apoyo al proceso del Modelo de Atención Integral en Salud	Se verifica el desarrollo de las consultas, en el reporte estadístico donde se evidencia las consultas realizadas				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Diligenciar adecuadamente la Historia clínica de los pacientes, así como las descripciones de los procedimientos, diagnósticos, tratamientos instaurados código CIE 10	Se verificó en la auditoria de las historias clínicas				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Cumplir con los procedimientos y protocolos en consulta externa para la atención en ginecología a bordo del Dispensario Médico nivel II Buenaventura.	Se verificó diario el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	Ordenar los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico que sean necesarios para el tratamiento de los pacientes del Dispensario Médico nivel II Buenaventura	Se verificó diario el diligenciamiento de los formatos de los procedimientos				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO						
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL CONTRATISTA, FUERON EJECUTADAS A SATISFACCIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**					
	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. Se anexan Comprobantes de Pago.					
AUTORIZACIÒN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/06/2026	**HASTA EL**	30/06/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	$ 3,200,000,00				

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA	
CARGO: PSICOLOGA	**FIRMA**

DOCUMENTO SOPORTES	**1. Solicitud de pago.** **2. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** **3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16470134
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 5B NO 2 08	TELÉFONO:	3117301
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6020595272**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	13		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	411202535

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 500.000	$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 500.000	$ 4.800	$ 0	$ 504.800
SUBTOTALES:													**$ 500.000**	**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 504.800**

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	$ 41.800	$ 41.800	$ 400	$ 0	$ 42.200
SUBTOTALES:									**$ 41.800**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 42.200**

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	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	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 16470134	IBARRA RIVERA JOSE ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 4.000.000				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 4.000.000	$ 500.000	$ 0	$ 500.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.000.000	16470134	$ 41.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 547.000

Planilla Pagada