TRANSPORCOL VIP S.A.S.
NIT. 901114852-7
Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Especial
Resolución 0068 de 7 Noviembre de 2017 Min Transporte

## INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA No. 003

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS |
| **CONTRATO No. Y FECHA:** | EBS-047 DE 03 DE MARZO DE 2026 |
| **CONTRATISTA:** | TRANSPORCOL VIP S.A.S. |
| **Nit o C.C. No.** | 901.114.852-7 |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025. |
| **VALOR INICIAL:** | CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA TRES PESOS M/CTE ($163.333.333,00) M/cte. |
| **VALOR ADICIONAL:** | N/A |
| **FECHA DE INICIO:** | 05 DE MARZO DE 2026 |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN:** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2026 |
| **SUPERVISOR:** | MILTON JULIO REYES REYES |

| **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. | 158 | Fecha: | 02/MARZO/2026 | Valor: | $163.333.333 |

| **CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. | 157 | Fecha: | 04/MARZO/2026 | Valor: | $163.333.333 |

| | |
|---|---|
| **OFICINA GESTORA:** | SUBGERENCIA DE SERVICIOS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR A PAGAR:** | $27.000.000 | **No. de cobros realizados:** | 3 | **de** | 7 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Pago:** | **Desde:** | 05/05/2026 | **Hasta:** | 04/06/2026 |

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

| ITEM | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 1. | Prestar el servicio con los vehículos y con las especificaciones técnicas requeridas. | Presto el servicio de transporte especial utilizando vehículos que cumplen con las especificaciones técnicas requeridas, asegurando así condiciones óptimas de seguridad y calidad en la prestación del servicio. | • Registro fotográfico |
| 2. | Garantizar el correcto estado técnico - mecánico de los vehículos que prestarán el servicio de transporte especial. | Conservo los vehículos en condiciones técnico-mecánicas adecuadas, garantizando su correcto y eficiente funcionamiento durante la ejecución del contrato. | • Esta información reposa en el expediente contractual |
| 3. | Verificar que los vehículos cumplan con todas las exigencias del ministerio de transporte, que estén dotados del equipo de carretera reglamentario, presentar fotocopias de la tarjeta de propiedad, certificados de movilización, seguro obligatorio vigente, seguro de responsabilidad civil extracontractual por daños a terceros y tarjeta de operación | Compruebo que los vehículos dispongan del equipo de carretera reglamentario y de la documentación requerida por el Ministerio de Transporte, debidamente vigente. | • Registro fotográfico del Kit de carretera |
| 4. | Reemplazar en forma inmediata, o de acuerdo con instrucciones del supervisor, el vehículo que presente fallas mecánicas, siniestros u otras causas de consideración donde fuera necesario sacarlo del servicio, por otro de iguales o mejores características, previa aprobación de parte del contratante. | Para este periodo no se presentó novedad | N/A |

| ITEM | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 5. | Prestar el servicio especial con vehículos legalmente autorizados por la ley. | Presto el servicio exclusivamente con vehículos que cuentan con la autorización legal correspondiente para la prestación del transporte especial. | • Registro fotográfico. |
| 6. | El contratista deberá aportar los siguientes documentos por cada vehículo: Copia de licencia de conducción vigente de los conductores de los vehículos, Certificación de emisión de gases vigente, Certificación expedida por la compañía de seguros en la que conste que el vehículo está amparado con las pólizas de Responsabilidad Civil contractual y Extracontractual vigente de cada uno de los vehículos propuestos, con una compañía de seguros autorizada para trabajar en Colombia. | Aporto la documentación exigida de cada vehículo y conductor, incluyendo licencias vigentes, certificaciones ambientales y pólizas de responsabilidad civil debidamente actualizadas. | • Esta información reposa en el expediente contractual. |
| 7. | Realizar los recorridos asignados diariamente en los horarios que establezca el supervisor. | Realizo diariamente los recorridos y cumplo los horarios establecidos por el supervisor del contrato. | • Planillas de registro diario o de desplazamiento |
| 8. | Coordinar con el supervisor del contrato la asignación de vehículos a cada uno de los equipos según la necesidad de los mismos. | Coordino con el supervisor del contrato la asignación de los vehículos, de acuerdo con las necesidades del servicio. | • N/A |
| 9. | Designar conductores con experiencia y responsabilidad para prestar el servicio. | Designo conductores capacitados, responsables y con la experiencia necesaria para garantizar la adecuada prestación del servicio. | • Registro fotográfico |
| 10. | Rendir los informes de acuerdo con los | Entrego los informes requeridos por el supervisor | • Informe del contratista.<br>• Factura de venta. |

| ITEM | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| | requerimientos hechos por el supervisor del respectivo contrato. | del contrato de forma oportuna y de acuerdo con lo establecido. | |
| 11. | Cumplir a cabalidad lo establecido en el decreto 348 de 2015 y el decreto 431 de 2017, y, en general, lo dispuesto en el decreto 1079, único reglamentario del sector transporte. | Se entregó la documentación junto con los requisitos habilitantes a contratación. | • Esta información reposa en el expediente contractual. |
| 12. | Presentar en el plazo establecido los documentos de ley y cumplir con los requisitos exigidos como condición previa e indispensable para suscribir el acta de iniciación del contrato. | Se entregó la documentación junto con los requisitos habilitantes a contratación. | • Esta información reposa en el expediente contractual. |
| 13. | Asumir por su cuenta y riesgo los daños que se causen a bienes, al personal que se utilice y a terceros en la ejecución del contrato. | Para el periodo no se presentó alguna novedad. | • N/A |
| 14. | Realizar control y seguimiento cada ruta y al estado de los vehículos y a sus equipos de carretera y documentos. | Realizo un control y seguimiento permanente de las rutas, los vehículos, el equipo de carretera y la documentación exigida. | • Registro fotográfico. |
| 15. | Asegurar la prestación eficiente y efectiva del servicio, asegurar el pago oportuno a todo el personal vinculado, asegurar y supervisar la puesta a punto y el mantenimiento preventivo y periódico de cada uno de los vehículos. | Aseguro una prestación eficiente del servicio, el pago puntual al personal y el mantenimiento preventivo de los vehículos. | • Registro fotográfico. |
| 16. | Prever el remplazo de inmediato, en caso de enfermedad u otra calamidad imprevista, del conductor, informando en todo caso al supervisor del contrato. | Para este periodo no se presentó novedad. | N/A |

| ITEM | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 17. | Informar de forma inmediata al supervisor del contrato y los directivos (rector y/o coordinador) del establecimiento educativo, en caso de presentarse lluvias, desastres naturales o daños en las vías no previsibles por las partes, que impidan el paso de los vehículos y causen retardo en el cumplimiento | Para este periodo no se presentó novedad. | N/A |

| TIPO DE APORTE | DETALLE | MES 1 | MES 2 |
|---|---|---|---|
| APORTE A SALUD | Periodo de cotización | **ABRIL - MAYO** | **MAYO - JUNIO** |
| | Fecha de pago | 15/04/2026 | 14/05/2026 |
| | Nº de Planilla | 75662099 | 83324591 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $218.900 | $218.900 |
| | EPS | SANITAS EPS | SANITAS EPS |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | **ABRIL - MAYO** | **MAYO - JUNIO** |
| | Fecha de pago | 15/04/2026 | 14/05/2026 |
| | Nº de Planilla | 75662099 | 83324591 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $280.200 | $280.200 |
| | Fondo de Pensiones | PORVENIR | PORVENIR |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | **ABRIL - MAYO** | **MAYO - JUNIO** |
| | Fecha de pago | 15/04/2026 | 14/05/2026 |
| | Nº de Planilla | 75662099 | 83324591 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $76.200 | $76.200 |
| | A.R.L. | ARL SURA | ARL SURA |
| PARAFISCALES | SENA | $35.100 | $35.100 |
| | I.C.B.F. | $52.600 | $52.600 |
| | Caja de Compensación | $70.100 | $70.100 |

Se firma para tramite de pago, a los 4 días del mes de junio de 2026

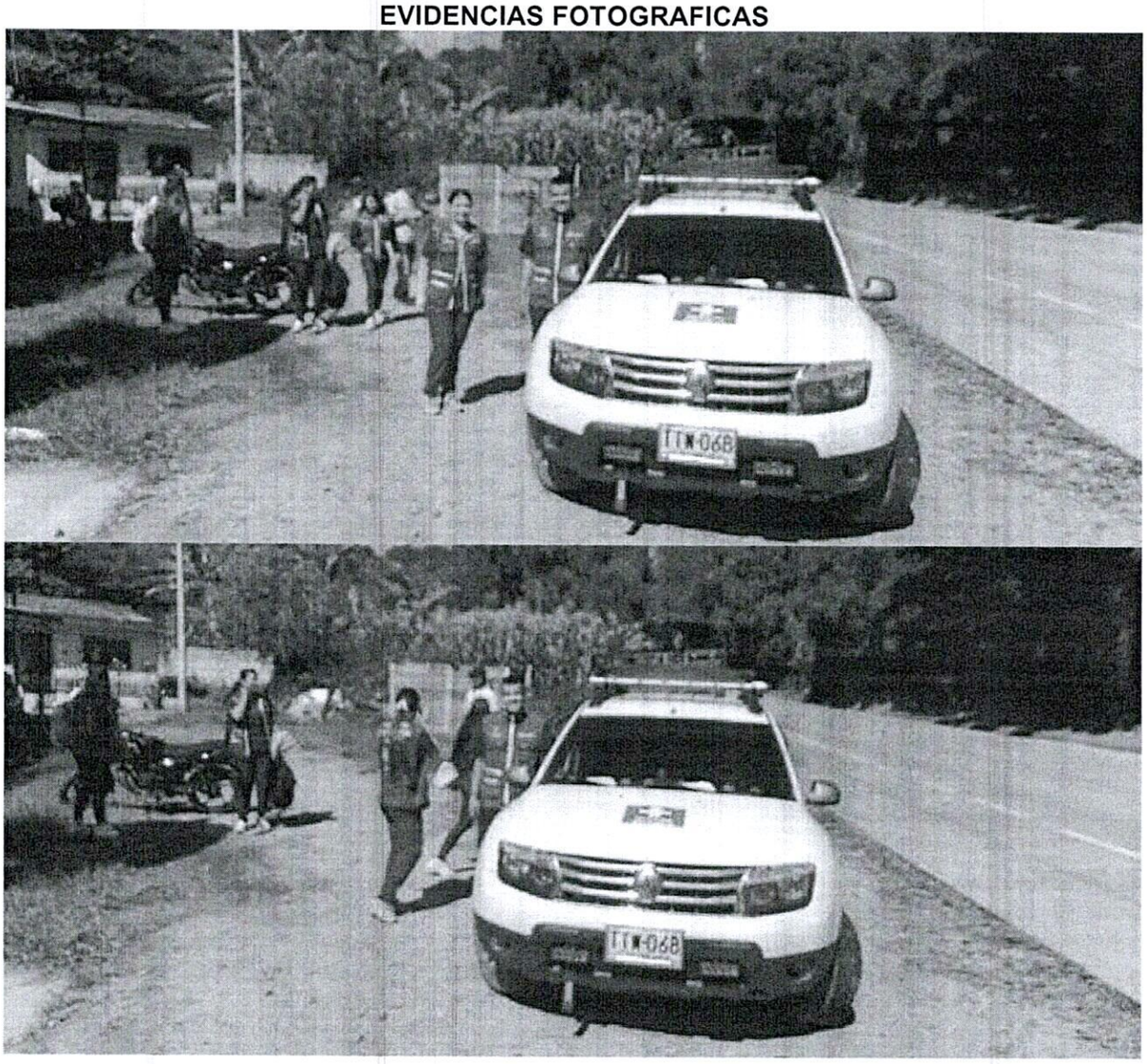
**MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**TRANSPORCOL VIP S.A.S.**
C.C. 37.324.862 de Ocaña – Norte de Santander
Correo electrònico: gerenciatransporcolvip@gmail.com
Cel: 3046022369



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**

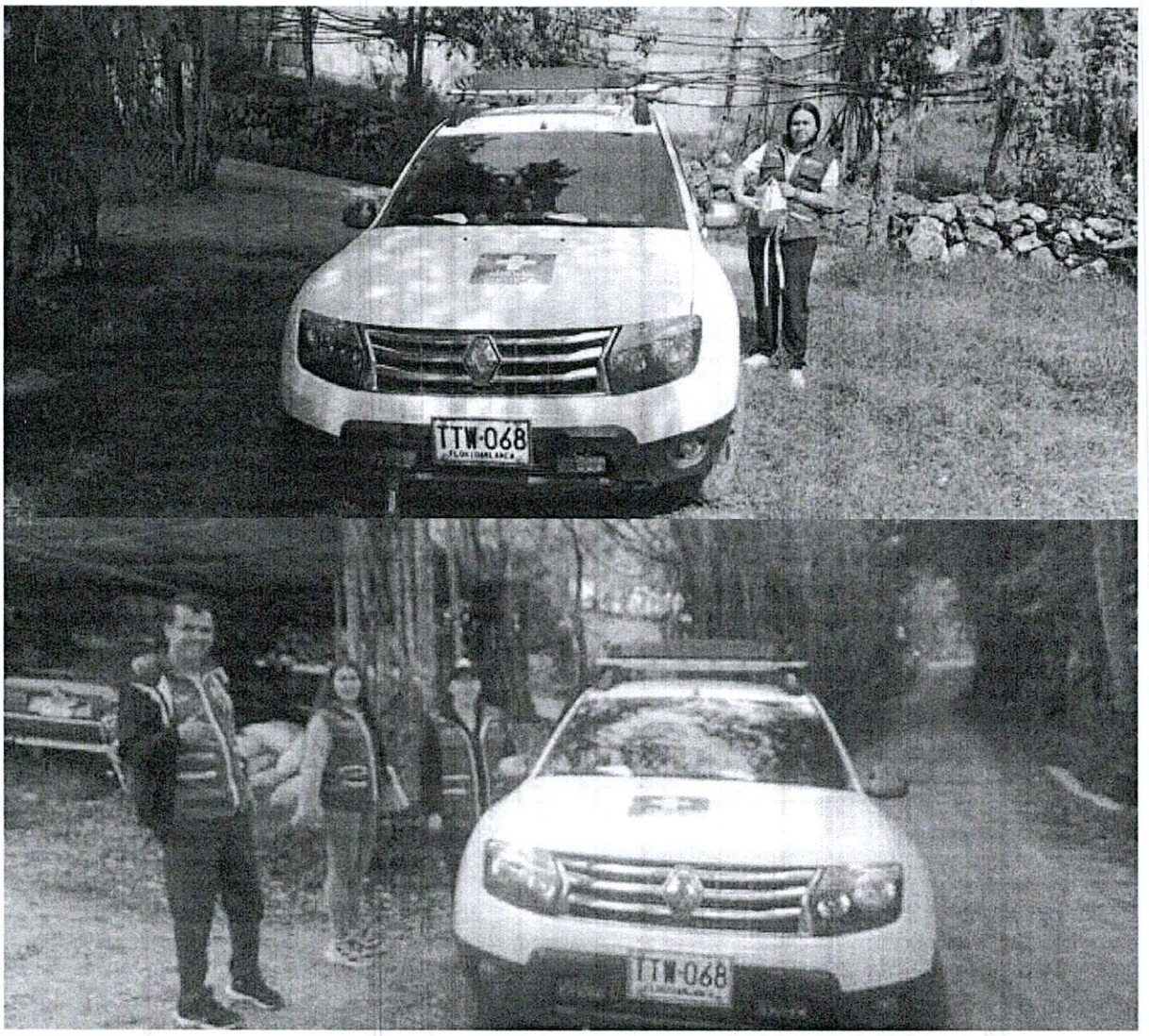
Vigilado SuperTransporte

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS




TTW-068


TTW-068

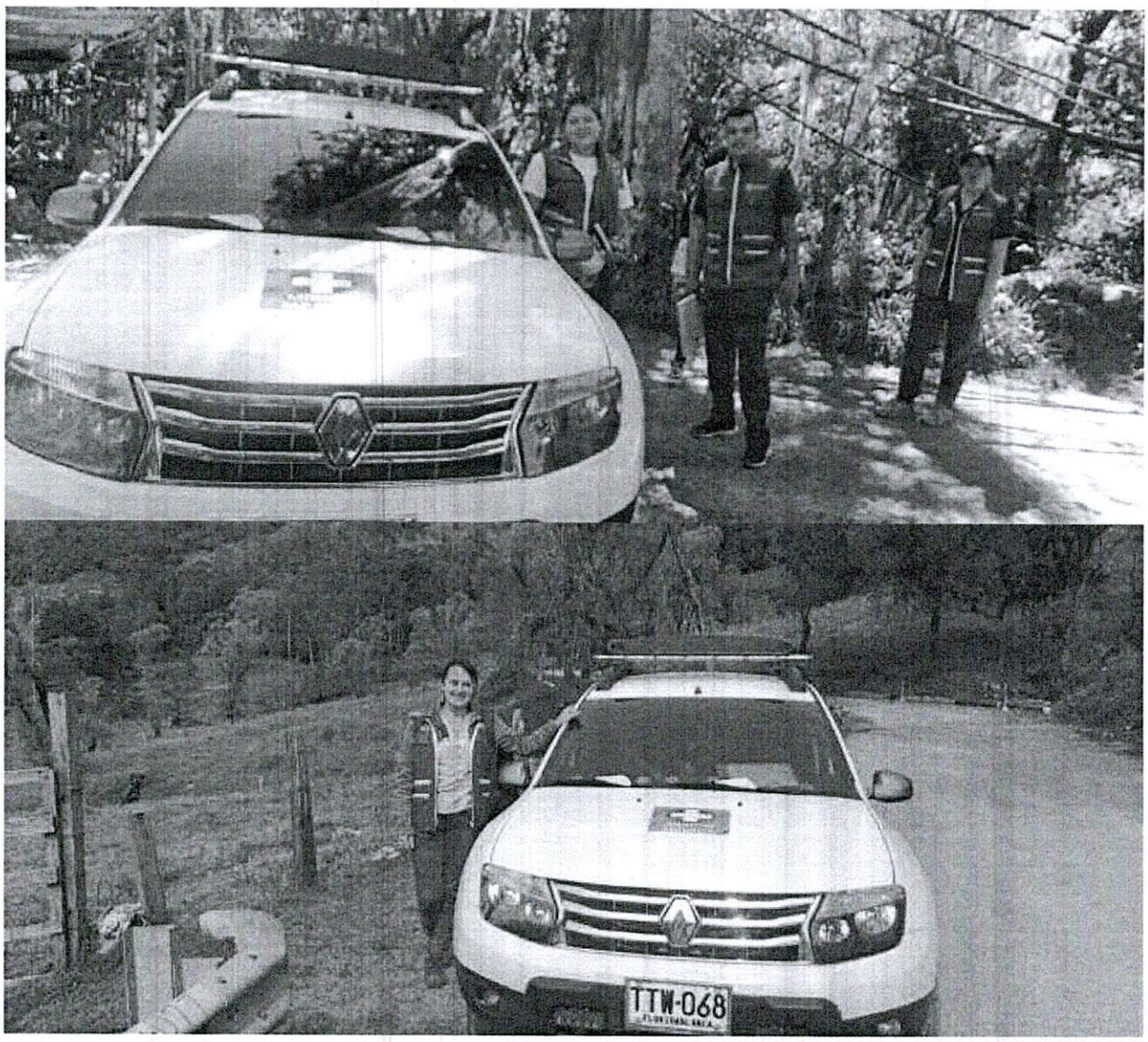

TTW-068

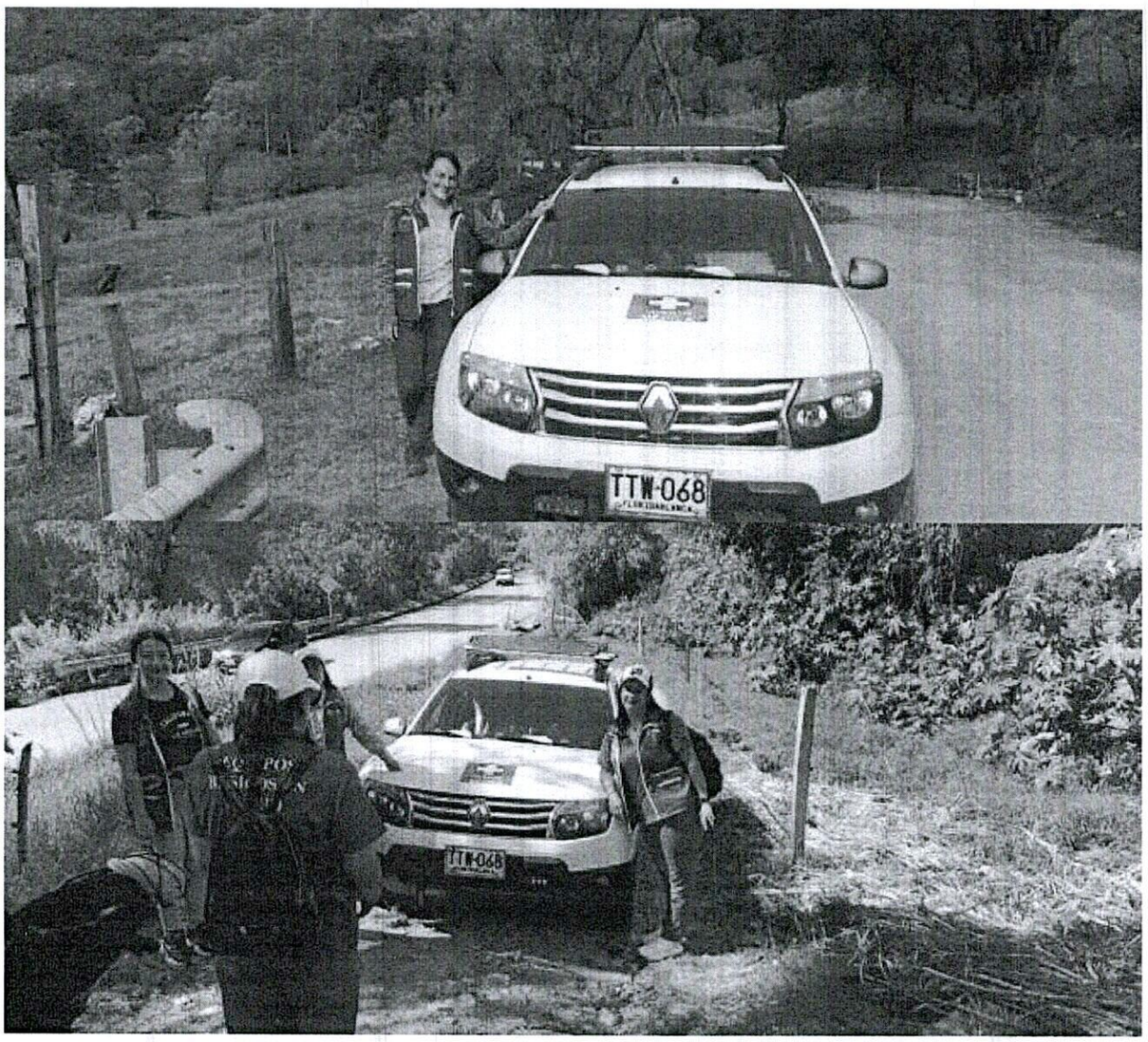

TTW-068


TTW-068


TTW-068


TTW-068

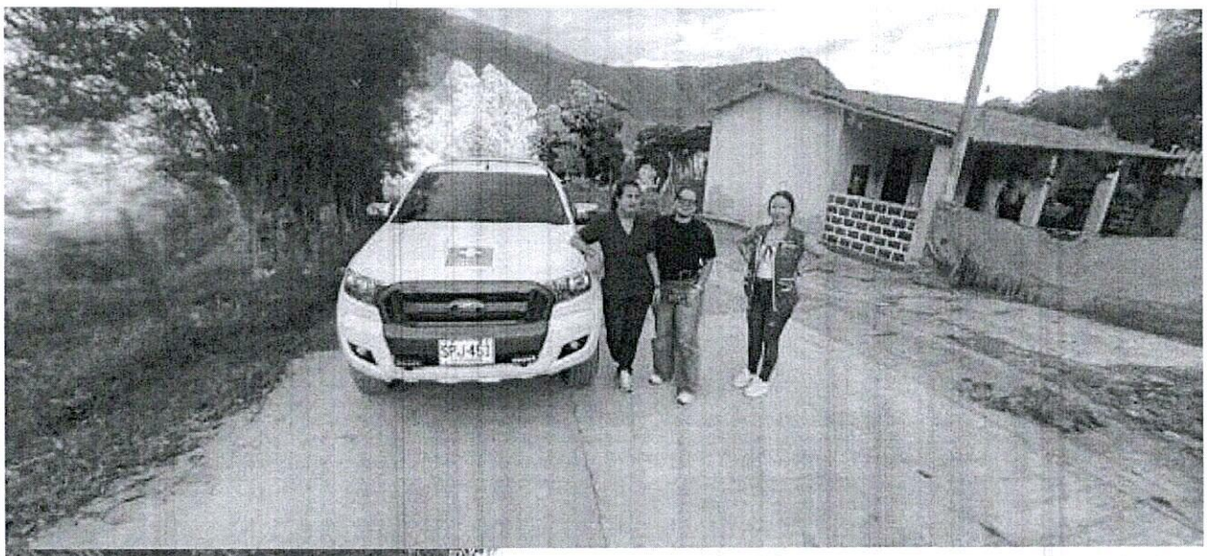

TTW-068

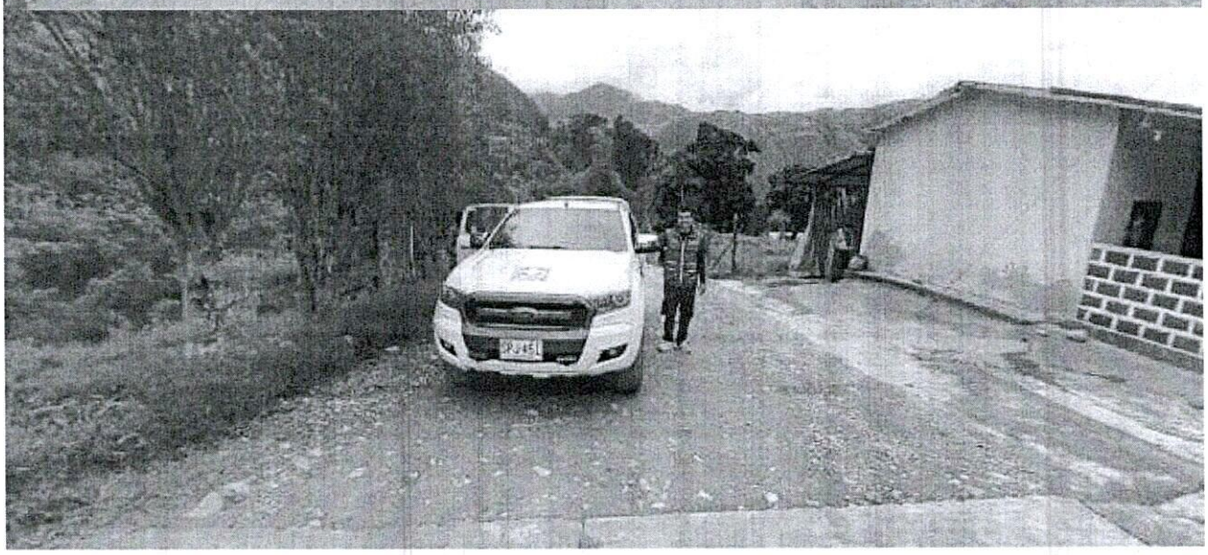

TTW-068
TTW-068


TTW-068


TTW-068

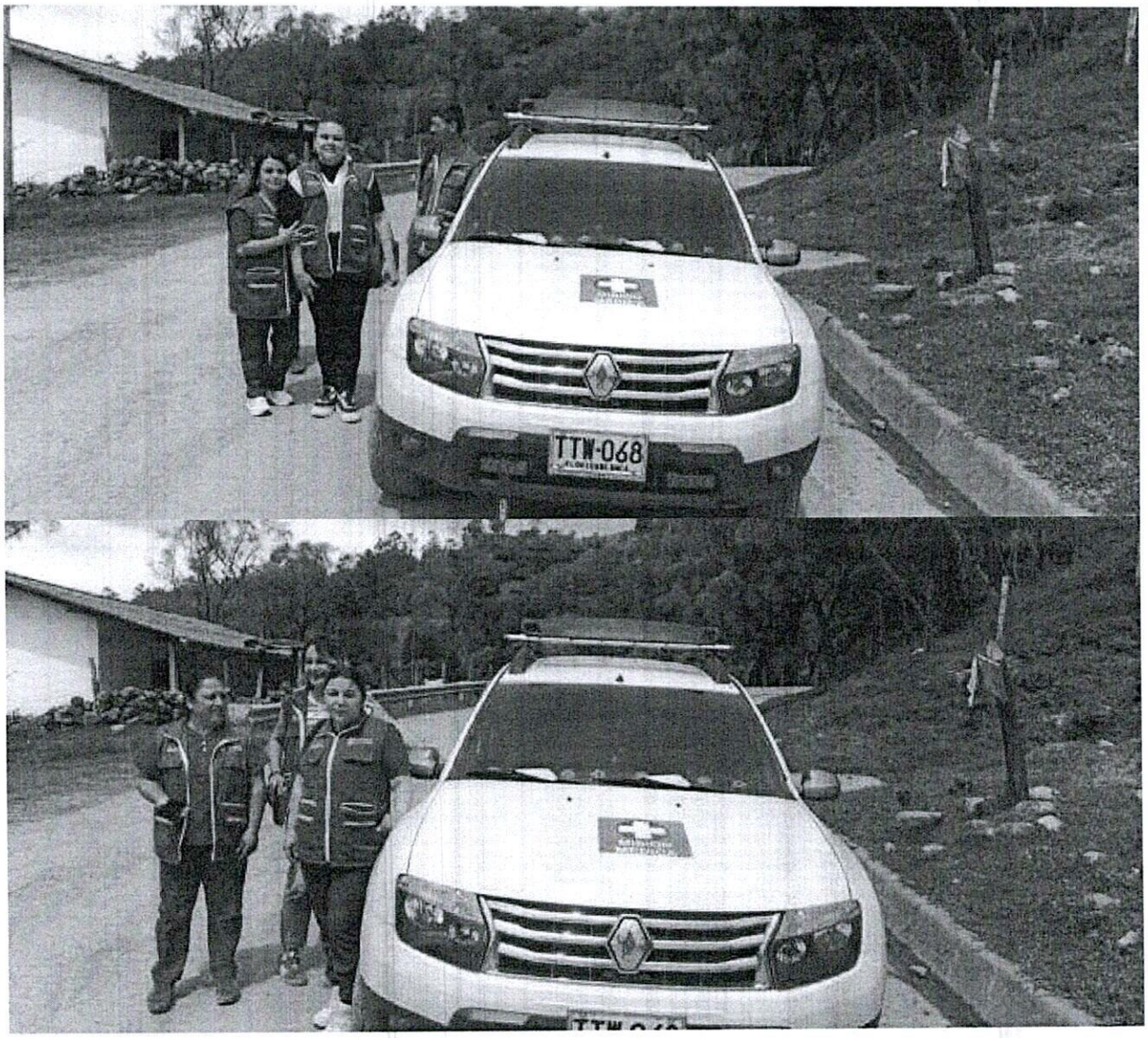

SPJ451
SPJ451






SPJ-451


TTW-068
63


TTW-068

PLANILLA DE REGISTRO DIARIO — TRANSPORCOL S.A.S.

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA -SANTANDER | | NIT | 900 067 169-8 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA DE SALIDA | RUTA REALIZADA | HORA DE REGRESO | NOMBRE EQUIPO BASICO | REPRESENTANTE DEL EQUIPO BASICO O JEFE | FIRMA JEFE EQUIPO BASICO |
| 04-05-26 | 6:00 | vereda Buenavista | 10:00 | Grupo 2 | | [signature] |
| 05-05-26 | 6:00 | vereda cuero pintada | 5:00 | Grupo 2 | | [signature] |
| 05-05-26 | 8:00 | vereda bucareche | 11:00 | Grupo 3 | | [signature] |
| 06-05-26 | 6:30 | vereda bucareche | 12:00 | Grupo 3 | | [signature] |
| 06-05-26 | 7:00 | vereda bucareche | 12:30 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 07-05-26 | 7:30 | vereda bucareche | 12:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 07-05-26 | 8:00 | vereda bucareche | 1:00 | Grupo 3 | | [signature] |
| 08-05-26 | 6:30 | vereda pescadero | 10:00 | Grupo 2 | | [signature] |
| 08-05-26 | 7:30 | vereda bucareche | 12:00 | Grupo 3 | | [signature] |
| 08-05-26 | 8:00 | vereda bucareche | 12:30 | Grupo 3 | | [signature] |
| 11-05-26 | 5:00 | vereda bucareche | 8:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 11-05-26 | 7:00 | vereda pescadero | 12:00 | Grupo 2 | | Daniela Arenales |
| 11-05-26 | 8:00 | vereda bucareche | 11:00 | Grupo 3 | | [signature] |
| 12-05-26 | 5:00 | vereda bucareche | 7:30 | Grupo 3 | | Diana Suarez |
| 12-05-26 | 7:00 | vereda pescadero | 11:00 | Grupo 2 | | [signature] |
| 12-05-26 | 8:00 | vereda bucareche | 12:30 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 13-05-26 | 6:00 | vereda pescadero | 11:00 | Grupo 2 | | [signature] |
| 13-05-26 | 7:00 | vereda bucareche | 12:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 13-05-26 | 7:30 | vereda bucareche | 1:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |

## PLANILLA DE REGISTRO DIARIO

TRANSPORCOL VIP S.A.S.

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA SANTANDER | | NIT | 900.087.169-8 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA DE SALIDA | RUTA REALIZADA | HORA DE REGRESO | NOMBRE EQUIPO BASICO | REPRESENTANTE DEL EQUIPO BASICO O JEFE | FIRMA JEFE EQUIPO BASICO |
| 18-05-26 | 6:30 | vereda bucarecho | 11:30 | Grupo 3 | | |
| 19-05-26 | 7:00 | vereda bucarecho | 12:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 20-05-26 | 5:00 | vereda pescadero | 7:00 | Grupo 2 | | Daniela Arenales |
| 19-05-26 | 5:30 | vereda bucarecho | 9:00 | Grupo 3 | | |
| 20-05-26 | 7:00 | vereda bucarecho | 12:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 19-05-26 | 1:00 | vereda bucarecho | 1:00 | Grupo 3 | | Diana Suarez |
| 20-05-26 | 5:00 | vereda bucarecho | 7:00 | Grupo 3 | | |
| 20-05-26 | 7:00 | vereda bucarecho | 12:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 20-05-26 | 10:00 | vereda bucarecho | 1:00 | Grupo 3 | | Diana Suarez |
| 21-05-26 | 7:00 | vereda pescadero | 11:00 | Grupo 2 | | |
| 21-05-26 | 2:00 | vereda bucarecho | 5:00 | Grupo 3 | | Daniela Arenales |
| 22-05-26 | 2:00 | vereda pescadero | 6:00 | Grupo 2 | | Daniela Arenales |
| 25-05-26 | 5:00 | vereda bucarecho | 8:00 | Grupo 3 | | Diana Suarez |
| 25-05-26 | 2:00 | vereda bucarecho | 5:00 | Grupo 3 | | |
| 26-05-26 | 5:00 | vereda pescadero | 8:00 | Grupo 2 | | |
| 26-05-26 | 7:00 | vereda bucarecho | 11:00 | Grupo 3 | | |
| 26-05-26 | 7:30 | vereda bucarecho | 12:00 | Grupo 3 | | |
| 27-05-26 | 2:00 | vereda bucarecho | 5:00 | Grupo 3 | | |
| 29-05-26 | 7:00 | vereda calichal | 11:00 | Grupo 3 | | |

PLANILLA DE REGISTRO DIARIO

TRANSPORCOL VIP S.A.S

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO FECHA | HORA DE SALIDA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL GARCIA RIVERA MALAVA SANTANDER RUTA REALIZADA | HORA DE REGRESO | NIT NOMBRE EQUIPO BASICO | NOMBRE REPRESENTANTE DEL EQUIPO BASICO O JEFE | FIRMA JEFE EQUIPO BASICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] Bucaramanga | 11:44 | grupo 2 | | Diana Suarez |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] Bucaramanga | 3:00 | grupo 3 | | Diana Suarez |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] Bucaramanga | 3:00 | grupo 3 | | Diana Suarez |

## ACTA DE PAGO No. 03

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| **CONTRATO No. Y FECHA** | **EBS 047-2026** |
| **CONTRATANTE** | **ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA**<br>NIT: 900.067.169-9<br>R/L: **CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA**<br>GERENTE |
| **CONTRATISTA** | **TRANSPORCOL VIP SAS** |
| **C.C. No.** | 901.114.852-7 |
| **OBJETO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025. |
| **PLAZO DE EJECUCION** | SEIS (06) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS |
| **VALOR** | **CIENCO SESENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (163.333.333,33)** |

| **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPEUSTAL (CDP)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No. | 158 | Fecha: | 02-03-2026 | Valor: $163.333.333 |

| **CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No. | 157 | Fecha: | 04-03-2026 | Valor: $163.333.333 |

### OBSERVACIONES:

**LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA**, suscribió el contrato de prestación de servicios de transporte No EBS 047 del 2026, con la empresa TRANSPORCOL VIP SAS identificada con número de NIT 901.114.852-7.

1. Que, mediante informe de supervisión No. 03, se expresa que el objeto del contrato N° EBS 047 de 2026, se ha ejecutado a satisfacción y de conformidad por el contratista, según lo relacionado en el informe de actividades No. 003 por valor de VEINTISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($27.000.000).

2. Que la respectiva supervisión esta soportada mediante el informe de actividades No. 03 valor de VEINTISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($27.000.000) emitida por el contratista, de acuerdo con los servicios prestados.

## DESARROLLO DEL CONTRATO:

### DETALLE DEL PAGO

| DETALLE | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|
| VALOR PAGO 03 | $27.000.000 | |
| Valor consignado cuenta bancaria | | $27.000.000 |
| **VALOR TOTAL** | $27.000.000 | $27.000.000 |

### BALANCE ECONOMICO

| DETALLE | VALOR CONTRATO | PAGOS |
|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO EBS 047 - 2026 | $163.333.333 | |
| ACTA DE PAGO 1 | | $31.000.000 |
| ACTA DE PAGO 2 | | $29.533.332 |
| ACTA DE PAGO 3 | | $27.000.000 |
| SALDO POR EJECUTAR | | $75.800.001 |
| **Sumas iguales** | $163.333.333 | $163.333.333 |

Dado en Málaga, a los diez (2) días del mes de junio de 2026.

**MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA**
Representante legal

**DR. CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA**
Gerente

**DR. MILTON JULIO REYES REYES**
Supervisor

| | | |
|---|---|---|
| *Elaborado por: Jennyfer Katherynn Gómez Arias – Apoyo de Gerencia* | *Fecha: 02-06-2026* | *Firma:* |
| *Revisada por: Viviana del Pilar Vega Camacho – Asesor jurídico EBS* | *Fecha: 02-06-2026* | *Firma:* |
| *Aprobado por: Dr Cesar Augusto Becerra Correa - Gerente* | *Fecha: 02-06-2026* | *Firma:* |

**CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL**

El suscrito representante legal de **TRANSPORCOL VIP SAS** identificada con NIT 901.114.852-7, **MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA** identificada con cédula de ciudadanía 37.324.862 de Ocaña, Norte de Santander, y el revisor fiscal **JUAN SEBASTIAN JACOME CHICA**, identificado con cédula de ciudadanía 1.064.842.750 de Rio de Oro, Cesar, y tarjeta profesional 318943-T, certifican que **TRANSPORCOL VIP SAS** se encuentra al día a la fecha con sus obligaciones provenientes del Sistema de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar y parafiscales.

| PERIODO | PLANILLA | VALOR PAGADO | OPERADOR PAGO |
|---|---|---|---|
| ABRIL - MAYO | 75662099 | $733.100 | Mi planilla |
| MAYO - JUNIO | 83324591 | $733.100 | Mi planilla |

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el Artículo 65 de la ley 1819 de 2016.

Este certificado no debe ser usado para fines distintos a los requeridos por el respectivo solicitante.

Dada en Rio de Oro, Cesar a los dos (02) días del mes de junio de 2026.

Cordialmente,

**MARIA CONSTANZA BARBOSA S**
R/L TRANSPORCOL VIP SAS
CC.37.324.862 De Rio de Oro, Cesar

**JUAN SEBASTIAN JACOME CHICA**
Revisor Fiscal
TP 318943-T

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901114852-7 | TRANSPORCOL VIP SAS | CALLE 3 14-57 AGUACHICA | 3046022369 | gerenciatransporcolvip@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | CESAR | AGUACHICA | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 75662099 | 15/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-04 | E | $1,750,905 | $733.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 76.200 | | | | 76.200 | 0 | 0 | 76.200 | | | 762 | 76.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF15 | Comfacesar | 892399989-8 | 70.100 | 0 | 0 | 70.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 35.100 | 0 | 0 | 35.100 | 1 |
| ICBF | | | | |
| 52.600 | 0 | 0 | 52.600 | 1 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 76.200 | 76.200 |
| CCF | 1 | 70.100 | 70.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 1 | 52.600 | 52.600 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 1 | 35.100 | 35.100 |
| TOTALES | 6 | 733.100 | 733.100 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901114852-7 | TRANSPORCOL VIP SAS | CALLE 3 14-57 AGUACHICA | 3046022369 | gerenciatransporcolvip@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | CESAR | AGUACHICA | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 75662099 | 15/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-04 | E | $1,750,905 | $733.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 37324862 | BARBOSA SARAVIA MARIA CONSTANZA | 1 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 4 | 76.200 | CCF15 | 1.750.905 | 30 | 70.100 | 1.750.905 | 35.100 | 52.600 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901114852-7 | TRANSPORCOL VIP SAS | CALLE 3 14-57 AGUACHICA | 3046022369 | gerenciatransporcolvip@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | CESAR | AGUACHICA | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 83324591 | 14/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-05 | E | $1,750,905 | $733.100 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 76.200 | | | | 76.200 | 0 | 0 | 76.200 | | | 762 | 76.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF15 | Comfacesar | 892399989-8 | 70.100 | 0 | 0 | 70.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 35.100 | 0 | 0 | 35.100 | 1 |
| ICBF | | | | |
| 52.600 | 0 | 0 | 52.600 | 1 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 76.200 | 76.200 |
| CCF | 1 | 70.100 | 70.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 1 | 52.600 | 52.600 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 1 | 35.100 | 35.100 |
| TOTALES | 6 | 733.100 | 733.100 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901114852-7 | TRANSPORCOL VIP SAS | CALLE 3 14-57 AGUACHICA | 3046022369 | gerenciatransporcolvip@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 | | CESAR | AGUACHICA | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 83324591 | 14/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-05 | E | $1,750,905 | $733.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 37324862 | BARBOSA SARAVIA MARIA CONSTANZA | 1 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 4 | 76.200 | CCF15 | 1.750.905 | 30 | 70.100 | 1.750.905 | 35.100 | 52.600 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** RAMON DAVID ALVAREZ GUERRERO
**No. Identificación:** CC88142178
**Dirección:** CLL 8 # 21-76 EL UVITO
**Telefono:** 5162979
**Correo:** rada16@hotmail.com
**Ciudad:** RÍO DE ORO
**Número de Planilla:** 8387705111

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | RAMON DAVID ALVAREZ GUERRERO |
| **Tipo y número de identificación** | CC88142178 |
| **Número de planilla** | 8387705111 |
| **Fecha pago** | 2026-06-02 |
| **Número de autorización pago** | 67409408 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 575300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8387705111

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 76200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 218900 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 88142178
APELLIDOS Y NOMBRES: RAMON DAVID ALVAREZ GUERRERO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 25-14 | 1751000 | 1751000 | 1751000 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 76200 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1064838022 | | SANCHEZ HERRERA CRISTIAN EDUARDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRETERA CENTRAL | RIO DE ORO-CESAR | 5619571 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 93000129 | 9505059404 | I | 2026/06/05 | 2026/05/29 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $575,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1064838022 | SANCHEZ HERRERA CRISTIAN EDUARDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | ESSC62 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | $76,200 | 0 | $0 | $0 | No | $575,300 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $76,200 | | $0 | $0 | | $575,300 |



2026/06/01 08:37 AM

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1064838022 | | SANCHEZ HERRERA CRISTIAN EDUARDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRETERA CENTRAL | RIO DE ORO-CESAR | 5619571 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 93000129 | 9505059404 | I | 2026/06/05 | 2026/05/29 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $575,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $76,200 | $0 | $0 | $76,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $76,200 | $0 | $0 | $76,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| ASMET SALUD EPS SAS | ESSC62 | 900,935,126 | 7 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $575,300 | $0 | $0 | $575,300 |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LEON ANGEL MONTAÑO ANTELIZ
**No. Identificación:** CC1102351227
**Dirección:** KDX 358 - 120 LOS SAUCES
**Telefono:** 5162979
**Correo:** leolucianamontano@gmail.com
**Ciudad:** RÍO DE ORO
**Número de Planilla:** 8387710729

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LEON ANGEL MONTAÑO ANTELIZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1102351227 |
| **Número de planilla** | 8387710729 |
| **Fecha pago** | 2026-06-02 |
| **Número de autorización pago** | 41749979 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 575300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA 8387710729

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 76200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 280200 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 218900 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1102351227
APELLIDOS Y NOMBRES: LEON ANGEL MONTAÑO ANTELIZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 230201 | 1751000 | 1751000 | 1751000 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 76200 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** SERGIO ALEJANDRO QUIN PACHECO
**No. Identificación:** CC88284427
**Dirección:** CR 55 66 77
**Telefono:** 5162979
**Correo:** ase.tramite1117@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8387119728

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | SERGIO ALEJANDRO QUIN PACHECO |
| **Tipo y número de identificación** | CC88284427 |
| **Número de planilla** | 8387119728 |
| **Fecha pago** | 2026-05-29 |
| **Número de autorización pago** | 6306982 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 575300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8387119728

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 76200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 218900 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 88284427
APELLIDOS Y NOMBRES: SERGIO ALEJANDRO QUIN PACHECO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 25-14 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 76200 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 3 4 7 C 9 4 9 1 5 7 C 8 7 E D

**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 SEBASTIÁN JÁCOME CHICA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1064842750 de RIO DE ORO (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 318943-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

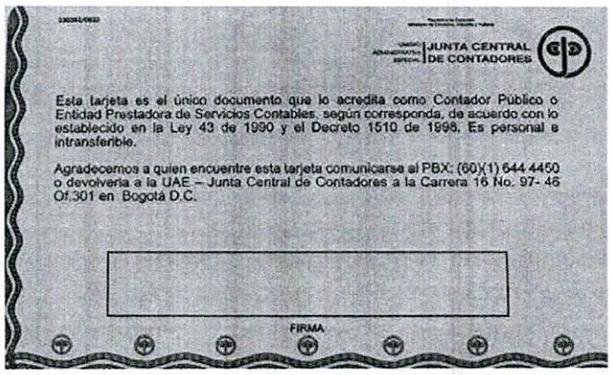


UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**318943-T**

**JUAN SEBASTIAN**
**JACOME CHICA**
**C.C. 1064842750**
**RES. INSCRIPCION 515 DEL 21/11/2023**
**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**

388879 **JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA** 375752
**DIRECTOR GENERAL**



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.064.842.750
JACOME CHICA
APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1998
RIO DE ORO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
24-NOV-2016 RIO DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

# Certificación Bancaria

Viernes, 17 de abril de 2026

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **TRANSPORCOL VIP SAS** identificado(a) con NIT. **901114852** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorro | 297-000463-79 | 2019/08/12 | Activa |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto 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

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e36b9a020171833135f75b1fa09f71bc05992234874aeb26ed71f76534df8b0a201dc8d865b73141193d933f3d3125a1

Número de Factura: FETP-730
Fecha de Emisión: 02/06/2026
Fecha de Vencimiento: 02/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: TRANSPORCOL VIP S.A.S
Nombre Comercial: TRANSPORCOL VIP S.A.S
Nit del Emisor: 901114852
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4921

País: Colombia
Departamento: Cesar
Municipio / Ciudad: Río De Oro
Dirección: CL VENEZUELA KDX F 5 360 LC 2
Teléfono / Móvil: 3046022369
Correo: gerenciatransporcolvip@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900067169
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Santander
Municipio / Ciudad: Málaga
Dirección: CRA 7 15 80 BRR UNION
Teléfono / Móvil: 6076607475
Correo: hrgarciarovira@yahoo.es

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 20 | PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA EN EL MUNICIPIO DE MALAGA SANTANDER SEGUN RESOLUCION 696 DE 2025 | NIU | 1,00 | $ 22.689.075,63 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 4.310.924,37 | 19.00 | | | $ 22.689.075,63 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
02/06/2026 09:42:09
**Documento validado por la DIAN:**
02/06/2026 09:42:10
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 22689075.63 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 22689075.63 |
| IVA | 4310924.37 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 4310924.37 |
| **Total neto factura (=)** | 27000000 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 27000000 |

**Valores informativos**

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 22.689.075,63 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 22.689.075,63 |
| IVA | 4.310.924,37 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 4.310.924,37 |
| **Total neto factura (=)** | 27.000.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 27.000.000,00 |

**Valores informativos**

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

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

Numero de Autorización: 18764101942225 Rango desde: 463 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-11-24

5 de junio.



## INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. EBS 047-2026

### *1.INFORMACION GENERAL*:

| | |
|---|---|
| **Tipo de Contrato:** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| **Fecha Elaboración del Informe:** | **05 de junio de 2026** |
| **Informe de Supervisión:** | **03** |
| **Periodo de Seguimiento:** | **Del 05 de mayo al 04 de junio de 2026** |
| **Contratista** | **TRANSPORCOL VIP S.A.S** |
| **NIT** | **901.114.852-7** |
| **Representante legal:** | **MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA** |
| **C.C:** | **37.324.862 de Ocaña** |
| **Fecha de inicio:** | **05 de marzo de 2026** |
| **Fecha de finalización:** | **23 de septiembre de 2026** |
| **Valor del Contrato:** | **$163.333.333** |
| **Valor de adición:** | **N/A** |
| **Valor TOTAL del contrato:** | **$163.333.333** |
| **Número de CD y fecha:** | **158 de 02 de marzo de 2026** |
| **Número de RP y fecha:** | **157 de 04 de marzo de 2026** |
| **Objeto del Contrato:** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025.** |

### *2. REVISION JURIDICA:*

| **Garantías exigidas:** fechas de cobertura: modificaciones si las hay. | |
|---|---|
| **Cumplimiento** | Póliza 56-45-1010048866 expedida el 04 de marzo de 2026 por Seguros del estado |
| **Calidad del servicio** | Póliza 56-45-1010048866 expedida el 04 de marzo de 2026 por Seguros del estado |
| **Salarios y prestaciones sociales** | Póliza 56-45-1010048866 expedida el 04 de marzo de 2026 por Seguros del estado |
| **Responsabilidad Civil Extracontractual** | Póliza 56-40-101005427 expedida el 05 de marzo de 2026 por Seguros del estado |
| **Pago de seguridad social:**<br>• Se verifica, copia de Planilla Unificada de Pagos y No. 75662099 (abril – mayo) al No. 83324591 (Mayo-junio) SGSS de Colombia correspondiente al periodo objeto de supervisión. | |

- Certificación del revisor fiscal el señor **JUAN SEBASTIAN JÁCOME CHICA con TP: 318943-T** quien refiere que la empresa ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social integral de sus trabajadores.

| | |
|---|---|
| **Salud:** | Planilla Unificada de Pagos y No. 75662099 (abril – mayo) al No. 83324591 (mayo-junio) |
| **Pensión:** | Planilla Unificada de Pagos y No. 75662099 (abril – mayo) al No. 83324591 (mayo -junio) |
| **Riesgos profesionales:** | Planilla Unificada de Pagos y No. 75662099 (abril – mayo) al No. 83324591 (mayo-junio) |
| **Parafiscales:** | Planilla Unificada de Pagos y No. 75662099 (abril – mayo) al No. 83324591 (mayo-junio) |
| **Multas:** | N/A |

## *3. REVISION TECNICA:*

**Descripción del alcance del contrato**:

| EBS N° | ÁREA | MICRO TERITORIO | MICROTERRITORIOS | BARRIOS | VALOR MENSUAL | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 2 MESES Y 10 DIAS |
| 1 | URBANA | 1 | Manzana 1 a la 34 más manzana 41 | Industriales San José, Villa Andlucía, El Dorado, Prados del Norte | $2.000.000 | $4.666.666,67 |
| | | 2 | Manzana 35 a la 40 más manzana 42 y 43 | Prados de Sevilla, Limonal, Vista Hermosa, La Universidad | | |
| | | 3 | Manzana 44 a la 62 | Tajamar, Pinos de Norte, Ciudadela Comfenalco, Villas de San Juan | | |
| 2 | URBANA | 4 | Manzana 63 a la 82 | Los Libertadores, La Esmeralda, Los Alpes, La Floresta | $2.000.000 | $4.666.666,67 |
| | | 5 | Manzana 83 a la 112 | Los Sauces, Asodema, Ricaurte, Santa María, EL Bosque Cedral | | |
| | | 6 | Manzana 125 a la 135 | Unión, Castilla Real | | |
| | | | | | | 7 MESES |
| 3 | URBANA | 7 | Manzana 113 a la 124 | Ricaurte | $2.000.000 | $14.000.000 |
| | | 9 | Manzana 146 a la 161 | Popular Modelo, Centro | | |
| | | 10 | Manzana de la 162 a la 175 | Popular Modelo, Pailitas | | |

Descripción de las actividades específicas ejecutas en el periodo presentado para pago.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 7 MESES |
| 4 | URBANA | 11 | Manzana 176 a la 184 más manzana 194 y 233 | Centro, Ricaurte | $2.000.000 | $14.000.000 |
| | | 15 | Manzana 238 a la 258 más manzana 268 a la 271 | María Auxiliadora, Laureano Gómez, Simón Bolívar | | |
| | | 16 | Manzana 259 a la 267 más manzana 272 a la 268 | Simón Bolívar, Naranjitos | | |
| | | | | | | 7 MESES |
| 5 | URBANA | 12 | Manzana 185 a ka 193 más manzana 195 y 196 | La Salle, Pailitas, La Esperanza, Kennedy | $2.000.000 | $14.000.000 |
| | | 13 | Manzana 197 a la 217 | Kennedy, La Esperanza, San Sebastian, Balcones de Sevilla | | |
| | | 14 | Manzana 218 a la 232, 235 y 237 | Balcones de Sevilla, Simon Bolívar, Poveda Florez, Laureano Gómez | | |
| | | | | | | 5 MESES Y 10 DIAS |
| 6 | RURAL | 1 | Alizal | | $10.500.000 | $56.000.000 |
| | | 2 | Pescadero | | | |
| | | 3 | Calichal Sector Agua Blanca | | | |
| | | 4 | Calichal Sector la Planta - Bucareche | | | |
| 7 | RURAL | 5 | Pescaderito Cueva Pintada – Centro | | $10.500.000 | $56.000.000 |
| | | 6 | Pescaderito Sector los Manzanos – Peñitas | | | |
| | | 7 | Buena Vista | | | |
| | | 8 | San Luis | | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | **$31.000.000** | **$163.333.333** |

1.Prestar el servicio con los vehículos y con las especificaciones técnicas requeridas. 2. Garantizar el correcto estado técnico-mecánico de los vehículos que prestarán el servicio de transporte especial. 3. Verificar que los vehículos cumplan con todas las exigencias del ministerio de transporte, que estén dotados del equipo de carretera reglamentario, presentar fotocopias de la tarjeta de propiedad, certificados de movilización, seguro obligatorio vigente, seguro de responsabilidad civil extracontractual por daños a terceros y tarjeta de operación. 4. Reemplazar de forma inmediata, o de acuerdo a instrucciones del supervisor, el vehículo que presente fallas mecánicas, siniestros u otras causas de consideración donde fuera necesario sacarlo del servicio, por otro de iguales o mejores características, previa aprobación de parte del contratante. 5. Prestar el servicio especial con vehículos legalmente autorizados por la ley. 6. El contratista deberá portar los siguientes documentos por cada vehículo: copia de licencia de conducción vigente de los conductores de los vehículos, certificación de emisión de gases vigentes, certificación expedida por la compañía de seguros en la que conste que el vehículo está amparado con las pólizas de responsabilidad civil contractual y extracontractual vigente de cada uno de los vehículos propuestos, con una compañía de seguros autorizada para trabajar en Colombia. 7. Realizar los recorridos asignados diariamente en los horarios que establezca el supervisor.

| | |
|---|---|
| 8. Coordinar con el supervisor del contrato la asignación de los vehículos a cada uno de los equipos según la necesidad de los mismos. 9. Designar conductores con experiencia y responsabilidad para prestar el servicio. 10. Rendir los informes de acuerdo con le requerimientos hechos por el supervisor del respectivo contrato. 11. Cumplir a cabalidad lo establecido en el decreto 348 de 2015 y el decreto 431 de 2017, y, en general, lo dispuesto en el decreto 1079, único reglamentario del sector transporte. 12. Presentar en el plazo establecido los documentos de ley y cumplir con los requisitos exigidos como condición previa e indispensable para suscribir el acta de iniciación de contrato. 13. Asumir por cuenta y riesgo los daños que se causen a bienes, el personal que se utilice y a terceros en la ejecución del contrato. 14. Realizar control y seguimiento cada ruta y al estado de los vehículos y a sus equipos de carretera de documentos. 15. Asegurar la prestación eficiente y efectiva del servicio, asegurar el pago oportuno a todo el personal vinculado, asegurar y supervisar la puesta a punto y el mantenimiento preventivo y periódico y periódico de cada uno de los vehículos. 16. Prever el reemplazo de inmediato, en caso de enfermedad u otra calamidad imprevista, del conductor, informando en todo caso al supervisor del contrato. 17. Informar de forma inmediata al supervisor del contrato y los directivos (rector y/o coordinador) del establecimiento educativo, en caso de presentarse lluvias, desastres naturales o daños en las vías no previsibles por las partes, que impidan el paso de los vehículos y causen retardo en el cumplimiento. | |
| **Descuentos y/o Glosas:** No hay descuentos, glosas, ni observaciones adicionales correspondientes al periodo actual de esta supervisión. | |
| **Documentos verificados para el pago:**<br>• Factura electrónica de venta No. FETP 730, generada por la empresa contratista para este periodo de supervisión.<br>• Se hace revisión de la copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el periodo objeto de supervisión<br>• Certificación del revisor fiscal el señor **JUAN SEBASTIAN JÁCOME CHICA con TP: 318943-T** quien refiere que la empresa ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social integral de sus trabajadores.<br><br>**Se realiza la entrega de todos los documentos exigidos contractualmente para la realización de los pagos.**<br><br>**Nota**: Esta información debe ser entregada a la Oficina de contratación de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira. | |
| | |

***4. REVISION FINANCIERA:***

| RUBROS | |
|---|---|
| 2.4.5.02.06.01.03.01 | **$ 163.333.333** |
| TOTAL GENERAL | **$ 163.333.333** |

| | |
|---|---|
| Valor del contrato: | **$ 163.333.333** |
| Valor adicional: | **$0** |
| VALOR TOTAL: | **$ 163.333.333** |
| Valor pagado a la fecha: | **$ 60.533.332** |
| Valor de la presente factura o cuenta de cobro: | **$ 27.000.000** |
| Descuentos a realizar | **$ 0** |
| Valor a Pagar después de descuentos | **$ 27.000.000** |
| Saldo por ejecutar después del pago del presente período: | **$ 75.800.001** |

## *5. RADICACION PARA PAGO*

| FECHA DE ENTREGA | ANEXOS PARA EL PAGO |
|---|---|
| **05 de junio de 2026** | **Se relacionan los documentos que van a ser anexados al informe de supervisión:**<br>• Factura electrónica de venta No. FETP 730, generada por la empresa contratista para este periodo de supervisión.<br>• Bitácora de transporte para el periodo correspondiente.<br>• Copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el periodo objeto de supervisión<br>• Certificación pagos de parafiscales.<br>• Informe de supervisión. |

## *6. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME:*

| | |
|---|---|
| Nombre: | **MILTON JULIO REYES REYES** |
| Cargo: | SUBGERENTE DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA<br>Supervisor |
| Firma: | |

| | | |
|---|---|---|
| Elaborado por: Karen Mendez Espinosa – Asesora de Gerencia | Fecha: 05/06/2026 | Firma: |
| Revisado por: Javier Dalet lozano – Apoyo a la subgerencia de servicios | Fecha: 05/06/2026 | Firma: |
| Aprobado por: Milton Julio Reyes Reyes – Subgerente de Servicios | Fecha: 05/06/2026 | Firma: |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>Hospital Regional De García Rovira<br>Málaga – Santander<br>COD PRES: 6843200796 NIT. 900.067.169-9 | FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA CONTABILIDAD Y PAGOS | |
|---|---|---|
| | CODIGO | A-GAF-FTO-12 |
| | VERSION | 1 |
| | FECHA | 30/09/2025 |
| | PAG | 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| **BENEFICIARIO** | TRANSPORCOL VIP S.A.S. |
| **CONCEPTO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025. |
| **PERIODO** | DEL 05 DE MAYO DE 2026 AL 04 DE JUNIO DE 2026 |

| REQUISITOS PARA CONTABILIZAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** | **NA** | **RESPONSABLE** |
| **FECHA DE RECIBIDO** | 1. Factura/Cuenta de Cobro/Resolución | X | | | VB PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTABILIDAD |
| | 2.Documento Equivalente | | | | |
| | 3. Verificar Valor No del RP del cual debe hacerse la acusación de los valores. | X | | | |
| | 4. Entrada a Farmacia o Almacén en el caso de suministros | | | | |
| | 5. Tiquetes de Viaje en caso de Viáticos | | | | |
| | 6. Certificación para Efectos de la Retención | | | | |
| **ELABORADO POR** | 7. Informe de Supervisión/Interventor | X | | | |
| | 8. Planilla, recibo de pago y certificación pago aportes parafiscales | X | | | |
| | 9. Rut para contratistas nuevos | | | | |
| | 10. Orden de compra de almacén donde conste el recibido a satisfacción | | | | |
| | 11. Formato de Declaración juramentada primer pago | | | | |
| | 12. Certificación Bancaria primer pago | | | | |
| | 13. Acto administrativo de Asignación de Supervisor | | | | |

| REQUISITOS PARA PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** | **NA** | **RESPONSABLE** |
| **Vo. Bo Supervisor** | 14. Comprobante de Contabilización de la cuenta | X | | | CONTABILIDAD |
| | 15. Recibo de Estampillas Departamentales visadas por Contabilidad | | | | BENEFICIARIO |
| | 16. Invitación o citación de entidad Pública/Privada informe de actividades o certificado de permanencia en caso de viáticos | | | | BENEFICIARIO |
| | 17. Acta Inicial o acta final | | | | BENEFICIARIO Y SUPERVISOR |

| | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|
| **REVISÓ:** | Profesional Universitario de Contabilidad | |
| | Área de Tesorería | Karen Melida |
| | Subgerente Administrativo | |
| | Aprobación Gerencia | |

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA**
**N.I.T. : 900,067,169 - 9**

GARCIA ROVIRA

## DEFINITIVA DE PAGO No 478

FECHA: 05/06/2026

A FAVOR DE : TRANSPORCOL VIP S.A.S. NIT : 901114852

COMPROMISO : PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, CONFORMADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025-

REGISTRO PRESUPUESTAL : 157 DEL 04/03/2026

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

| RUBRO | DESCRIPCION DEL RUBRO | VALOR |
|---|---|---|
| 001-2.4.5.02.06.01.03.01 | Comunicación y Transporte Operativo EBS | 27,000,000.00 |
| | TOTAL A PAGAR : | 27,000,000.00 |

VIGENCIA : 2026

VALOR : VEINTISIETE MILLONES PESOS

ELABORO : ANAYA OSORIO RUTHBY JAZMIN

CALDERON ACEROS MABEL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

BECERRA CORREA CESAR AUGUSTO
GERENTE ESE HRGR

GARCIA ROVIRA

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA**
**N.I.T.: 900067169**
**DIRECCION: KR 7A NO 1580 - MALAGA**

**URA DE COMPRA SERVICIOS :** FCS-521
**FECHA DOCUMENTO :** 05/06/2026



**PAGADO A:** TRANSPORCOL VIP S.A.S. - 901114852 **SOPORTE:** FETP-730
**LA SUMA DE:** VEINTISIETE MILLONES COP M/L
**CONCEPTO:** SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL, PARA MOVILIZAR PERSONAL EBS

| CUENTA | NOMBRE DE LA CUENTA | DOCUMENTO | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|---|
| 731310.01 | Remuneración por Servicios Técnicos | | 27,000,000.00 | |
| 243690.02 | Servicio Transporte | | | 794,117.65 |
| 243625.01 | Iva Retenido | | | 646,638.66 |
| 249055.01 | Servicios | | | 25,559,243.69 |
| | | **TOTALES IGUALES** | $ 27,000,000.00 | $ 27,000,000.00 |

| REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|
| Mabel Calderón Aceros | Cesar Augusto Becerra Correa |

**ELABORADO POR: Anaya Osorio Ruthby Jazmín**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA**

**N.I.T.: 900067169**

**DIRECCION: KR 7A NO 1580 - MALAGA**

**BANTE DE EGRESO GENERAL : CE-1014**

**FECHA DOCUMENTO : 05/06/2026**



**PAGADO A:** TRANSPORCOL VIP S.A.S. - 901114852

**LA SUMA DE:** VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES CON SESENTA Y NUEVE COP M/L

**CONCEPTO:** PAGO COTRATO EBS 47 2026 INF 03 POR LA PRESATCION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA MOVILIZAR LOS EBS RES 696

| CUENTA | NOMBRE DE LA CUENTA | FACTURA | DOCUMENTO | VALOR APLICADO | ANTICI/DCTO |
|---|---|---|---|---|---|
| 249055.01 | Servicios | FETP-730 | FCS 521 | 25,559,244 | |
| | | | | 25,559,244 | 0 |

| CUENTA | FORMA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|
| 11100601.02 | CTA AHORRO 312-82494011 | 25,559,244 |

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Karen Almeida | | |
| ALMEIDA DUARTE KAREN YULIANA | | C. C. o NIT |

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Empresa Social Del Estado Hospital Regional De Gar - Nit: 900067169

Martes, 09 de junio de 2026, 7:32:05 a.m.

Número del registro
**1**

Nombre del destinatario
**Transporcolvip Sas**

Producto destino
**297 - 000463 - 79**

Banco
**Bancolombia**

Estado del pago
**Exitoso**

Descripción
**Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.**

Fecha de aplicación
**05 Jun 2026**

Identificación destinatario
**901114852**

Tipo de producto
**Cuenta de ahorros**

Valor
**COP $ 25.559.243,69**

Código
**OKA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 177.93.46.141