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. 005

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 SEERVICIOS

VALOR A PAGAR:	$25.000.000	**No. de cobros realizados:**	5	**de**	7

Periodo de Pago:	**Desde:**	05/07/2026	**Hasta:**	04/08/2026

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. • 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	**JUNIO - JULIO**	**JULIO - AGOSTO**
	Fecha de pago	16/06/2026	14/07/2026
	N° de Planilla	92494762	93477400
	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	**JUNIO - JULIO**	**JULIO - AGOSTO**
	Fecha de pago	16/06/2026	14/07/2026
	N° de Planilla	92494762	93477400
	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	**JUNIO - JULIO**	**JULIO - AGOSTO**
	Fecha de pago	16/06/2026	14/07/2026
	N° de Planilla	92494762	93477400
	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

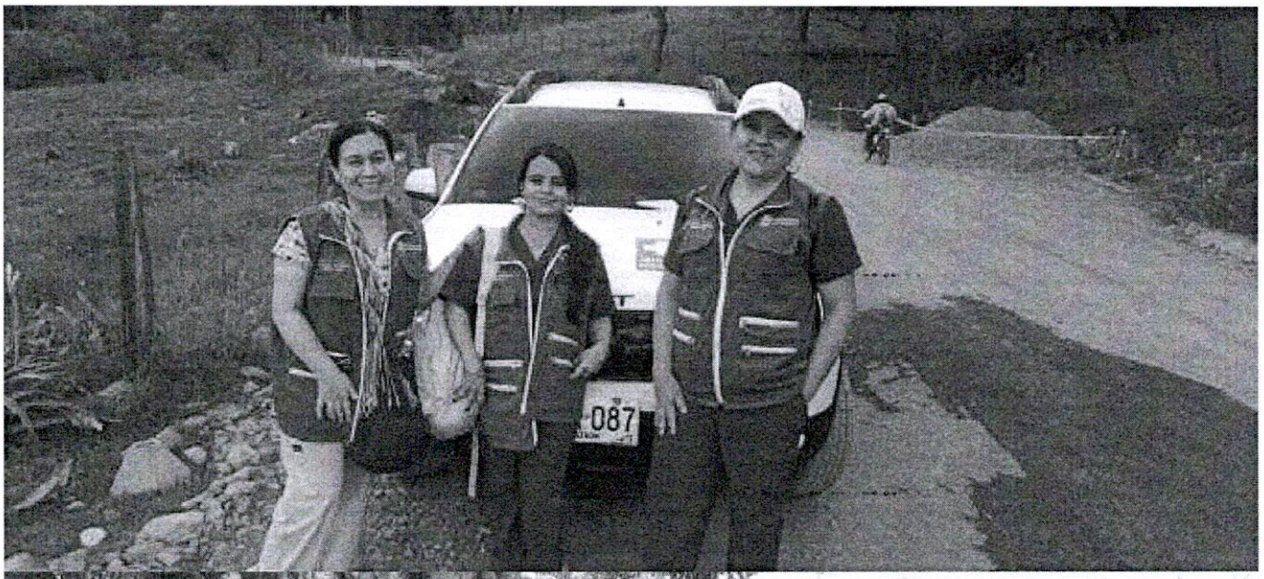
Se firma para tramite de pago, a los 5 días del mes de agosto de 2026

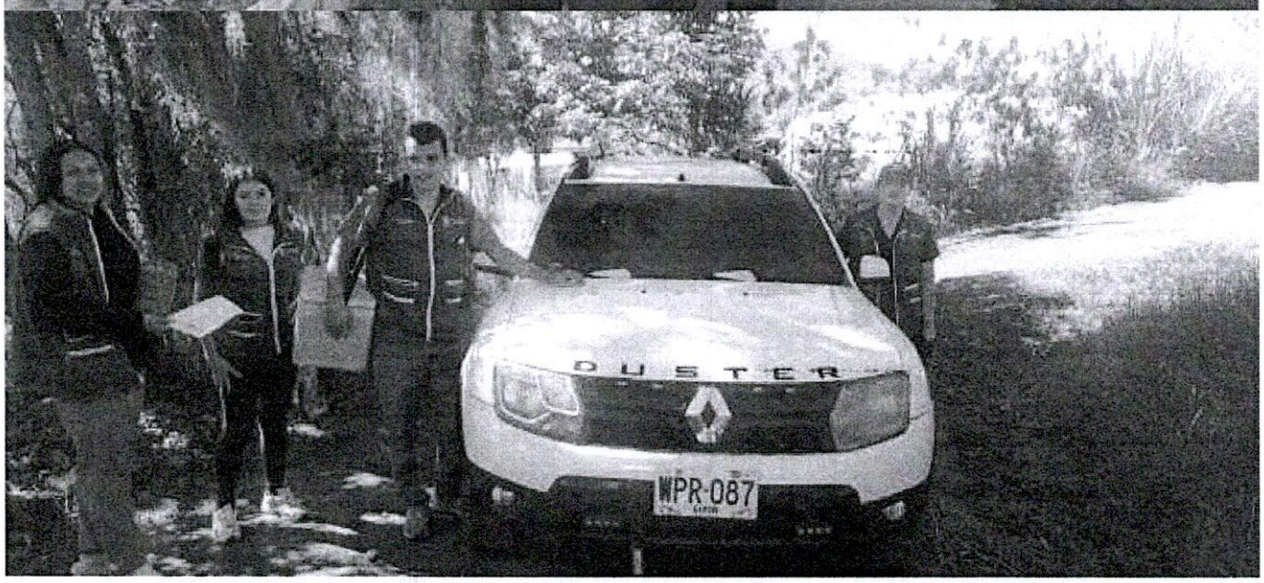
MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA
REPRESENTANTE LEGAL
TRANSPORCOL VIP S.A.S.
C.C. 37.324.862 de Ocaña – Norte de Santander
Correo electrònico: gerenciatransporcolvip@gmail.com
Cel: 3046022369

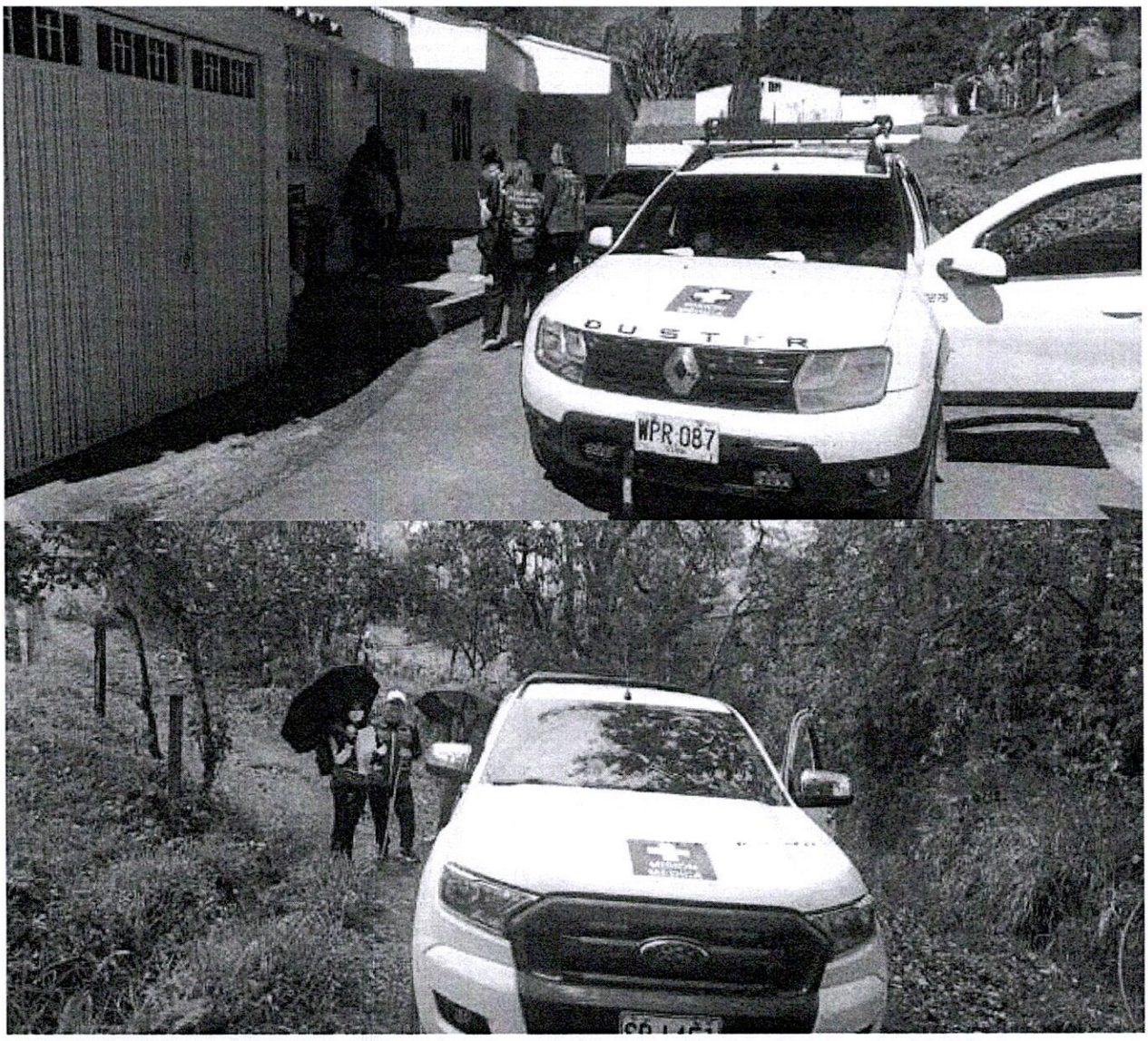
EVIDENCIAS FOTOGRAFIA



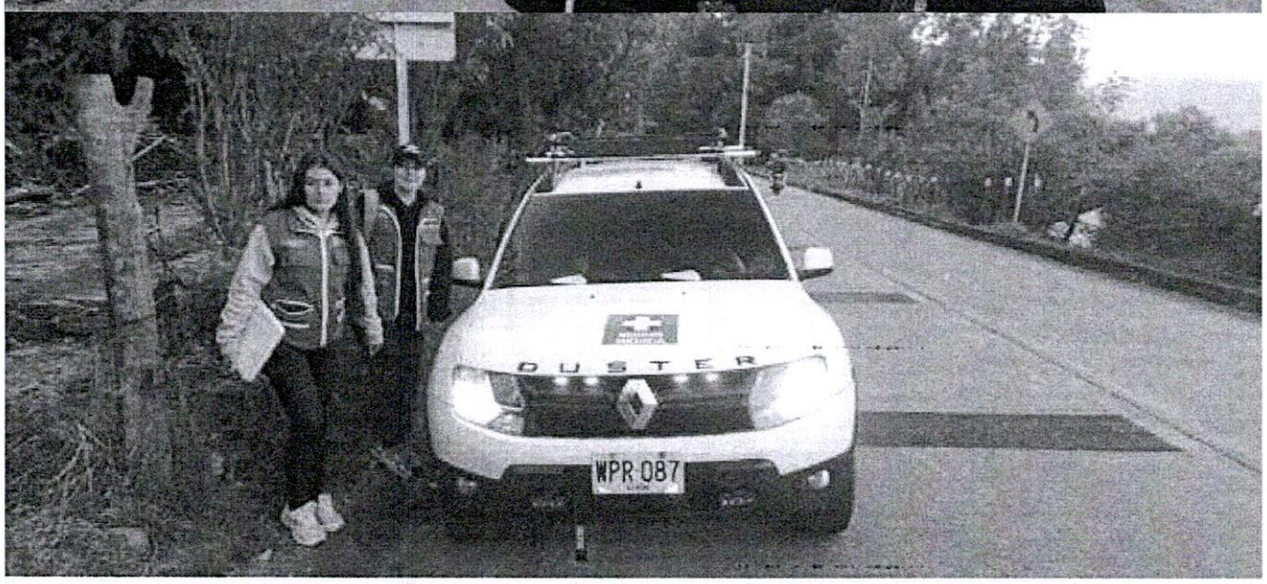

DUSTER
WPR 087
DUSTER
WPR 087


087


DUSTER
WPR-087


DUSTER
WPR 087


DUSTER
WPR 087


DUSTER
WPR 087


SPJ-451
SPJ-451


SPJ 451
SPJ 451

PLANILLA DE REGISTRO DIARIO

TRANSPORCOL VIP S.A.S.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA SANTANDER		167	900.067.169-9	
FECHA	HORA DE SALIDA	RUTA REALIZADA	HORA DE REGRESO	NOMBRE EQUIPO BASICO	REPRESENTANTE DEL EQUIPO BASICO O JEFE	FIRMA JEFE EQUIPO BASICO
[illegible]	[illegible]	vereda manzano	11:00	Grupo 3	Yeiyaritza	
[illegible]	[illegible]	vereda agua blanca	12:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
07/07/26	6:00	vereda manzano	10:30	Grupo 3	Yeiyaritza	
07/07/26	7:40	vereda agua blanca	1:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
08/07/26	7:00	vereda manzano	11:30	Grupo 3	Yeiyaritza	
08/07/26	5:00	vereda agua blanca	1:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
08/07/26	2:00	vereda agua blanca	4:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
09/07/26	5:00	vereda manzano	11:00	Grupo 3	Yeiyaritza	
09/07/26	7:00	vereda agua blanca	11:40	Grupo 4	Daniela manrique	
10/07/26	5:00	vereda agua blanca	12:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
10/07/26	7:30	vereda manzano	1:00	Grupo 3	Yeiyaritza	
14/07/26	2:00	vereda manzano	4:00	Grupo 3	Yeiyaritza	
14/07/26	5:00	vereda agua blanca	12:30	Grupo 4	Daniela Manrique	
14/07/26	8:30	vereda agua blanca	1:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
15/07/26	7:00	vereda agua blanca	12:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
15/07/26	7:30	vereda agua blanca	12:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
16/07/26	5:00	vereda agua blanca	8:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
16/07/26	5:20	vereda manzano	10:00	Grupo 3	Yeiyaritza	
16/07/26	5:35	vereda agua blanca	10:20	Grupo 4	Daniela Manrique	

Vigilado SuperTransporte

3046022369 KDX F5 – 360 Calle Venezuela Local 2. Rio de Oro, Cesar gerenciatransporcolvip@gmail.com

PLANILLA DE REGISTRO DIARIO

TRANSPORCOL VIP S.A.S

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA SANTANDER		NIT	300 DET 188 9	FIRMA JEFE EQUIPO BASICO
FECHA	HORA DE SALIDA	RUTA REALIZADA	HORA DE REGRESO	NOMBRE EQUIPO BASICO	REPRESENTANTE DEL EQUIPO BASICO O JEFE	
17/07/26	5:00	vereda aguablanca	9:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
17/07/26	5:00	vereda manzano	12:00	Grupo 3	Daniela Manrique	
21/07/26	5:00	vereda aguablanca	9:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
21/07/26	5:30	vereda aguablanca	10:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
22/07/26	5:00	vereda aguablanca	5:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
22/07/26	9:00	vereda aguablanca	1:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
22/07/26	5:00	vereda aguablanca	5:00	Grupo 4	Daniela Manrique	
23/07/26	6:00	Vereda San Luis	10:00	Grupo 4	Daniela Martinez	
23-07-26	7:00	vereda san luis	11:30	Grupo 4	Daniela Martinez	
24-07-26	6:30	vereda san luis	16:00	Grupo 4	Daniela Martinez	
24-07-26	5:00	vereda san luis	17:00	Grupo 4	Daniela Martinez	
25/07/26	7:00	vereda san luis	11:00	Grupo 3		
25/07/26	5:00	vereda manzano	12:00	Grupo 4		
29/07/26	6:00	vereda bocavista	1:00	Grupo 3		
29/07/26	2:00	vereda aguablanca	4:00	Grupo 4		
30/07/26	7:00	vereda aguablanca	11:00	Grupo 4		
30/07/26	9:00	vereda San luis	12:00	Grupo 3	Daniela manrique	
30/07/26	2:00	vereda manzano	4:00	Grupo 4	Daniela manrique	
31/07/26	8:30	vereda san luis	12:30	Grupo 3	Daniela manrique	

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

ACTA DE PAGO No. 05

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
CONTRATO No. Y FECHA	**EBS 047-2026**
CONTRATANTE	**ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA** NIT: 900.067.169-9 R/L: **CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA** 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. 04, 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. 004 por valor de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($25.000.000).

2. Que la respectiva supervisión esta soportada mediante el informe de actividades No. 04 valor de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($25.000.000) emitida por el contratista, de acuerdo con los servicios prestados.

DESARROLLO DEL CONTRATO:

DETALLE DEL PAGO

DETALLE	DEBITO	CREDITO
VALOR PAGO 05	$25.000.000	
Valor consignado cuenta bancaria		$25.000.000
VALOR TOTAL	$25.000.000	$25.000.000

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
ACTA DE PAGO 4		$27.000.000
ACTA DE PAGO 5		$25.000.000
SALDO POR EJECUTAR		$23.800.001
Sumas iguales	$163.333.333	$163.333.333

Dado en Málaga, el cinco (5) día del mes de agosto de 2026.

MARIA CONSTANZA BARBOSA SARAVIA
Representante legal

DR. CÉSAR AUGUSTO BECERRA CORREA
Gerente

DR. MILTON JULIO REYES REYES
Supervisor

Elaborado por: Yanira Alexandra Peñaranda – Secretaria de Gerencia	*Fecha: 05-08-2026*	*Firma:* Alexandra P.
Revisada por: Viviana del Pilar Vega Camacho – Javier Daltet Lozano Diaz	*Fecha: 05-08-2026*	*Firma:*
Aprobado por: Milton Julio Reyes Reyes- Subgerente de Servicios	*Fecha: 05-08-2026*	*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
JUNIO - JULIO	92494762	$733.100	Mi planilla
JULIO - AGOSTO	93477400	$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 el cinco (05) días del mes de agosto 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

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

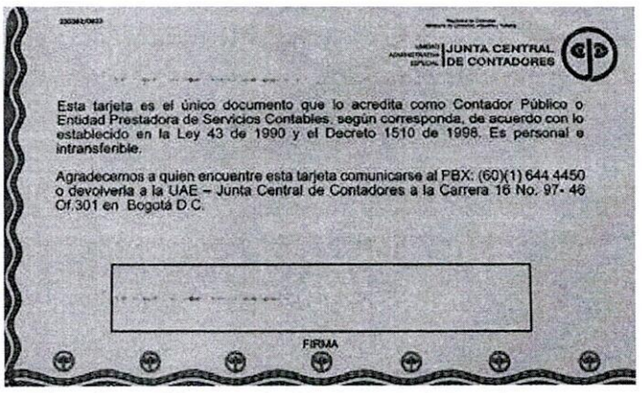
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

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
JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL
368879
375752


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
1.064.842.750
JACOME CHICA
JUAN SEBASTIAN
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 EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

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
		92494762	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	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	Dias 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 cot		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
		92494762	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	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
		93477400	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	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
		93477400	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	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
CC	88285098	DAGOBERTO TORO QUINTERO	MANZA 1 CASA 3 BARRIO CAOL 2	5162979	dagobertotoroquintero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979742	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.300	575.300

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
CC	88285098	DAGOBERTO TORO QUINTERO		MANZA 1 CASA 3 BARRIO CAOL 2	5162979	dagobertotoroquintero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	RÍO DE ORO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979742	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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 88285098	TORO QUINTERO DAGOBERTO	57	0			N																	230301	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.751.000	30	218.900	14-11	1.751.000	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	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
CC	1102351227	LEON ANGEL MONTAÑO ANTELIZ	KDX 358 - 120 LOS SAUCES	5162979	leolucianamontano@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979303	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.300	575.300

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
CC	1102351227	LEON ANGEL MONTAÑO ANTELIZ	KDX 358 - 120 LOS SAUCES	5162979	leolucianamontano@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979303	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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 1102351227	MONTAÑO ANTELIZ LEON ANGEL	57	0			N																	230201	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.751.000	30	218.900	14-11	1.751.000	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	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
CC	88142178	RAMON DAVID ALVAREZ GUERRERO	CLL 8 # 21-76 EL UVITO	5162979	rada16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93978967	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.300	575.300

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
CC	88142178	RAMON DAVID ALVAREZ GUERRERO	CLL 8 # 21-76 EL UVITO	5162979	rada16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93978967	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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 88142178	ALVAREZ GUERRERO RAMON DAVID	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.751.000	30	218.900	14-11	1.751.000	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	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
CC	1091671935	OSCAR EDUARDO MORA CAÑIZAREZ	CLL 6 # 49 - 135 BARRIO LA PERLA	5162979	oscarmora17c@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979059	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.300	575.300

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
CC	1091671935	OSCAR EDUARDO MORA CAÑIZAREZ	CLL 6 # 49 - 135 BARRIO LA PERLA	5162979	oscarmora17c@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	RÍO DE ORO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93979059	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$575.300	

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	Cotizante 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 1091671935	MORA CAÑIZAREZ OSCAR EDUARDO	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.751.000	30	218.900	14-11	1.751.000	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificación Bancaria

Jueves, 18 de junio 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.

Liliana Ospina Restrepo
LIDER LINEA DE CONOCIMIENTO - LDC AUTOSERVICIOS
BANCOLOMBIA S.A.

Bancolombia

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

TRANSPORCOL

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
9b4f3ed5c69dc0fed36402aea6c098df63683e33426f7a581043e40ca64d72224d0191da3d1780f293395677c8b9f674

Número de Factura: FETP-849
Fecha de Emisión: 05/08/2026
Fecha de Vencimiento: 05/08/2026
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	$ 21.008.403,36	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.991.596,64	19.00			$ 21.008.403,36

Notas Finales

Linea de negocio:

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
NO IMPLICA ACEPTACIÓN
05 AGO 2026 3:00 Pm
VENTANILLA ÚNICA
000258
Rdo. Alexandra P.

Datos Totales



Documento generado el:
05/08/2026 08:39:04
Documento validado por la DIAN:
05/08/2026 08:39:05
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	21008403.36
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	21008403.36
IVA	3991596.64
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	3991596.64
Total neto factura (=)	25000000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 25000000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	21.008.403,36
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	21.008.403,36
IVA	3.991.596,64
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	3.991.596,64
Total neto factura (=)	25.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 25.000.000,00

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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. EBS 047-2026

1.INFORMACION GENERAL:

Tipo de Contrato:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Fecha Elaboración del Informe:	**05 de agosto de 2026**
Informe de Supervisión:	**05**
Periodo de Seguimiento:	**Del 05 de julio al 04 de agosto 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: • Se verifica, copia de Planilla Unificada de Pagos No. 92494762 (junio-julio) y No. 93477400 (julio-agosto) al 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 No. 92494762 (junio-julio) y No. 93477400 (julio-agosto)
Pensión:	Planilla No. 92494762 (junio-julio) y No. 93477400 (julio-agosto)
Riesgos profesionales:	Planilla No. 92494762 (junio-julio) y No. 93477400 (julio-agosto)
Parafiscales:	Planilla No. 92494762 (junio-julio) y No. 93477400 (julio-agosto)
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 Andalucía, 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		
						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

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

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:

- Factura electrónica de venta No. FETP 849, generada por la empresa contratista para este periodo de supervisión.
- Se hace revisión de la copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el 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.

Se realiza la entrega de todos los documentos exigidos contractualmente para la realización de los pagos.

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:	**$ 114.533.332,00**
Valor de la presente factura o cuenta de cobro:	**$ 25.000.000,00**
Descuentos a realizar	**$ 0**
Valor a Pagar después de descuentos	**$ 25.000.000,00**
Saldo por ejecutar después del pago del presente período:	**$ 23.800.001,00**

5. RADICACION PARA PAGO

FECHA DE ENTREGA	ANEXOS PARA EL PAGO
05 de agosto de 2026	**Se relacionan los documentos que van a ser anexados al informe de supervisión:** • Factura electrónica de venta No. FETP 849, generada por la empresa contratista para este periodo de supervisión. • Bitácora de transporte para el periodo correspondiente. • Copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el periodo objeto de supervisión • Certificación pagos de parafiscales. • 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 Supervisor
Firma:	

Elaborado por: Yanira Alexandra Peñaranda – Apoyo de Gerencia	Fecha: 05/08/2026	Firma: Alexandra P.
Aprobado por: Milton Julio Reyes Reyes – Subgerente de Servicios	Fecha: 05/08/2026	Firma:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Hospital Regional De García Rovira Málaga – Santander 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 JULIO DE 2026 AL 04 DE AGOSTO DE 2026 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 Almeida
	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 666

FECHA: 05/08/2026

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	25,000,000.00
	TOTAL A PAGAR :	25,000,000.00

VIGENCIA : 2026

VALOR : VEINTICINCO MILLONES PESOS

ELABORO : ANAYA OSORIO RUTHBY JAZMIN

CALDERON ACEROS MABEL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA
GERENTE ESE HRGR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

N.I.T.: 900067169

DIRECCION: KR 7A NO 1580 - MALAGA

URA DE COMPRA SERVICIOS : FCS-585

FECHA DOCUMENTO : 05/08/2026

PAGADO A: TRANSPORCOL VIP S.A.S. - 901114852 **SOPORTE:** FETP-849

LA SUMA DE: VEINTICINCO MILLONES COP M/L

CONCEPTO: SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA EBS

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DEBITOS	CREDITOS
731310.01	Remuneración por Servicios Técnicos		25,000,000.00	
243690.02	Servicio Transporte			735,294.12
243625.01	Iva Retenido			598,739.50
249055.01	Servicios.			23,665,966.38
	TOTALES IGUALES		$ 25,000,000.00	$ 25,000,000.00

REVISADO POR	APROBADO POR
Mabel Calderón Aceros	CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA GERENTE

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-1155

FECHA DOCUMENTO : 06/08/2026

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

LA SUMA DE: VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS CON TREINTA Y OCHO COP M/L

CONCEPTO: PAGO DE CONTRTAO EBS 47 2026 INF 05 POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA LA MOVILIZACION DEL PERSONAL DE EBS DE LA RESOLUCION 696 DE 2025

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	FACTURA	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	ANTICI/DCTO
249055.01	Servicios	FETP-849	FCS 585	23,665,966	
				23,665,966	0

CUENTA	FORMA DE PAGO	VALOR PAGADO
11100601.02	CTA AHORRO 312-82494011	23,665,966

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

Jueves, 06 de agosto de 2026, 3:52:16 p.m.

Número del registro
1

Fecha de aplicación
06 Ago 2026

Nombre del destinatario
Transporcolvip Sas

Identificación destinatario
901114852

Producto destino
297 - 000463 - 79

Tipo de producto
Cuenta de ahorros

Banco
Bancolombia

Valor
COP $ 23.665.966,38

Estado del pago
Exitoso

Código
OKA

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

Referencia
CTRATO472026INF05

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 177.93.46.141