Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora 2026-08-11-4:11 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	18726	**Fecha Registro:**	2026-08-11	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	926	
Valor Inicial:	98.798.500,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	98.798.500,00	**Saldo x Ordenar:**	98.798.500,00	
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00	
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	98.798.500,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	926	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	559377	
TERCERO											
Identificacion:	890303461	**Razon Social:**	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.						**Medio de Pago:**	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	013074273	**Banco:**	BANCO DE OCCIDENTE				**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa	
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	18926	**Tipo:**	Adquisicion de	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	FE1714541	**Tipo:**	FACTURA				**Fecha:**	2026-08-11			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	98.798.500,00	0,00	98.798.500,00	98.798.500,00

Objeto:	FE1714541-327C-323-028-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA- EMAVI-ESM2782-2025-PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DE URGENCIAS Y

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-14	Generada	98.798.500,00

CT. JOHANNA ANDREA BOLAÑOS GUACA
ESPECIALISTA CONTABLE ESM-EMAVI

CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO ESM EMAVI

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	7
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PARA PAGO N° 166

FECHA: miércoles, 5 de agosto de 2026

La suscrita Coronel LUZ STELLA FRANCO YEPEZ Ordenadora del Gasto de la Escuela Militar de Aviación nombrado mediante Resolución No. 0937 del 18-NOV-2024 con novedad fiscal a partir del 07-ENE-2025; autoriza el pago y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

CONCEPTO	*DESCRIPCION*	
PROVEEDOR	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	890303461	
No DOC. SOPORTE	028-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2025 VF 2026	
VALOR TOTAL	**$ 1.537.474.600,00**	
VALOR A PAGAR	***RECURSO 10:***	$ -
	RECURSO 16:	$ 98.798.500,00
VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A	
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01	
NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)	1002459642	5003969540
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500565923	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	AGOSTO	
BANCO	BANCO DE OCCIDENTE	
TITULAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	CORRIENTE	
NUMERO CUENTA	013074273	
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS *(cuando aplique)*		
TITULAR	N/A	
NIT/C.C	N/A	
BANCO	N/A	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	N/A	
NUMERO CUENTA	N/A	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato	1
DIGITAL	Registro presupuestal CRP, última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar.	N/A
DIGITAL	Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se requieran de acuerdo con la normatividad vigente.	30
TOTAL FOLIOS		**31**

En constancia de lo anterior firman:

ELABORO:
ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
SEPLA ESM EMAVI

REVISÓ:
TC. LINA MARCELA NAVARRO ROMERO
JEFE ESM EMAVI

APROBÓ:
CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO EMAVI

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GH-JEFSA-FR-049
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS JEFATURA SALUD FAC	Versión N°:	06
		Vigencia:	10-12-2024

<table>
<tr><td>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL</td><td>FECHA 23 DE JULIO DEL 2026</td></tr>
<tr><td>CONTRATO N°</td><td>028-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA- EMAVI-ESM2782-2025</td></tr>
<tr><td>FECHA SUSCRIPCIÓN</td><td>07 DE NOVIEMBRE DE 2025</td></tr>
<tr><td>OBJETO DEL CONTRATO</td><td>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (NO INCLUYE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS); REQUERIDOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>La nación – ministerio de defensa nacional – fuerza aeroespacial colombiana – escuela militar de aviación – establecimiento de sanidad militar, pagara al contratista el valor del contrato así:
<table>
<tr><th colspan="3">VIGENCIA 2025</th></tr>
<tr><th>MES DEL PAGO 2026 (PAC MES)</th><th>FECHA DE CORTE SERVICIOS PRESTADOS 2025</th><th>VALOR</th></tr>
<tr><td>PAC DICIEMBRE 2025 Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2026</td><td>DICIEMBRE 31 DE 2025</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2025.</td></tr>
<tr><th colspan="3">VIGENCIA 2026</th></tr>
<tr><th>MES DEL PAGO (PAC MES)</th><th>FECHA DE CORTE SERVICIOS PRESTADOS 2026</th><th>VALOR</th></tr>
<tr><td>PAC MARZO 2026</td><td>ENERO 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC ABRIL 2026</td><td>FEBRERO 28 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC MAYO 2026</td><td>MARZO 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC JUNIO 2026</td><td>ABRIL 30 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC JULIO 2026</td><td>MAYO 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC AGOSTO 2026</td><td>JUNIO 30 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC SEPTIEMBRE 2026</td><td>JULIO 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC OCTUBRE 2026</td><td>AGOSTO 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC NOVIEMBRE 2026</td><td>SEPTIEMBRE 30 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC DICIEMBRE 2026</td><td>OCTUBRE 31 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC DICIEMBRE 2026 Y/O CXP 2027</td><td>NOVIEMBRE 30 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
<tr><td>PAC DICIEMBRE 2026 Y/O CXP 2027</td><td>DICIEMBRE 21 DE 2026</td><td>DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>CONTRATISTA</td><td>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.</td></tr>
<tr><td>INTERVENTOR</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>SUPERVISOR</td><td>ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO</td></tr>
<tr><td>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td><td>$1.219.918.600,00</td></tr>
<tr><td>PLAZO DE ENTREGA</td><td>VIGENCIA 2025: A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.</td></tr>
</table>

	VIGENCIA 2026: DESDE EL 01 DE ENERO HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO OCURRA.
FECHA DE INICIO	22 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	11 DE JUNIO DEL 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (NO INCLUYE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS); REQUERIDOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI
FORMA DE PAGO	La nación – ministerio de defensa nacional – fuerza aeroespacial colombiana – escuela militar de aviación – establecimiento de sanidad militar, pagara al contratista el valor del contrato así:

VIGENCIA 2025		
MES DEL PAGO 2026 (PAC MES)	**FECHA DE CORTE SERVICIOS PRESTADOS 2025**	**VALOR**
PAC DICIEMBRE 2025 Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2026	DICIEMBRE 31 DE 2025	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2025.
VIGENCIA 2026		
MES DEL PAGO (PAC MES)	**FECHA DE CORTE SERVICIOS PRESTADOS 2026**	**VALOR**
PAC MARZO 2026	ENERO 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC ABRIL 2026	FEBRERO 28 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC MAYO 2026	MARZO 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC JUNIO 2026	ABRIL 30 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC JULIO 2026	MAYO 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC AGOSTO 2026	JUNIO 30 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC SEPTIEMBRE 2026	JULIO 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC OCTUBRE 2026	AGOSTO 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC NOVIEMBRE 2026	SEPTIEMBRE 30 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC DICIEMBRE 2026	OCTUBRE 31 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC DICIEMBRE 2026 Y/O CXP 2027	NOVIEMBRE 30 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR
PAC DICIEMBRE 2026 Y/O CXP 2027	DICIEMBRE 21 DE 2026	DE ACUERDO CON EL VALOR FACTURADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR

PLAZO DE ENTREGA	**VIGENCIA 2025:** A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025. **VIGENCIA 2026:** DESDE EL 01 DE ENERO HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO OCURRA
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$1.537.474.600,00

En SANTIAGO DE CALI, el día 23 del mes de JULIO de 2026, se reunieron el señor ST. AGUIRRE MORNEO CRISTIAN CAMILO, en su calidad de supervisor por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC y el señor IRNE TORRES CASTRO representante legal por parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EARISTO GARCIA E.S.E. en su calidad de contratista; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió (eron) dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

Se da concepto favorable para el pago de las facturas relacionadas, según lo radicado y auditado en los formatos de concepto de auditoría como se relaciona a continuación:

CUADRO AUDITORIA 323, el cual suman un valor total de $21.961.160,00 auditado por la señora SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ.

CUADRO AUDITORIA 327C, el cual suman un valor total de $72.053.915,00 auditado por la señora SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ.

OBSERVACIONES GENERALES

FECHA FACTURA	FACTURA	VALOR A PAGAR
lunes, 25 de mayo de 2026	FE1714541	$ 1.210.100,00
sábado, 30 de mayo de 2026	FE1721718	$ 71.100,00
lunes, 1 de junio de 2026	FE1722377	$ 125.700,00
lunes, 1 de junio de 2026	FE1722476	$ 94.000,00
lunes, 1 de junio de 2026	FE1722513	$ 94.000,00
lunes, 1 de junio de 2026	FE1723244	$ 300.200,00
martes, 2 de junio de 2026	FE1723986	$ 116.200,00
martes, 2 de junio de 2026	FE1724296	$ 207.500,00
martes, 2 de junio de 2026	FE1724468	$ 104.700,00
miércoles, 3 de junio de 2026	FE1724913	$ 81.600,00
miércoles, 3 de junio de 2026	FE1725372	$ 113.100,00
viernes, 5 de junio de 2026	FE1727465	$ 113.100,00
viernes, 5 de junio de 2026	FE1727708	$ 243.000,00
viernes, 5 de junio de 2026	FE1727755	$ 116.200,00
miércoles, 10 de junio de 2026	FE1729821	$ 116.200,00
jueves, 11 de junio de 2026	FE1731593	$ 6.872.385,00
viernes, 5 de junio de 2026	FE1727873	$ 113.100,00
miércoles, 10 de junio de 2026	FE1730051	$ 104.700,00
viernes, 12 de junio de 2026	FE1732693	$ 2.798.350,00

viernes, 12 de junio de 2026	FE1732718	$ 116.200,00
viernes, 12 de junio de 2026	FE1732946	$ 81.600,00
sábado, 13 de junio de 2026	FE1733538	$ 71.100,00
martes, 16 de junio de 2026	FE1733874	$ 81.600,00
martes, 16 de junio de 2026	FE1733920	$ 113.100,00
martes, 16 de junio de 2026	FE1734366	$ 113.100,00
martes, 16 de junio de 2026	FE1734781	$ 113.100,00
miércoles, 17 de junio de 2026	FE1735895	$ 71.100,00
jueves, 28 de mayo de 2026	FE1718775	$ 2.089.125,00
jueves, 28 de mayo de 2026	FE1719672	$ 2.549.200,00
martes, 2 de junio de 2026	FE1724306	$ 1.367.400,00
miércoles, 3 de junio de 2026	FE1724844	$ 801.700,00
jueves, 11 de junio de 2026	FE1731443	$ 880.600,00
viernes, 12 de junio de 2026	FE1733068	$ 777.820,00
martes, 16 de junio de 2026	FE1734525	$ 94.200,00
jueves, 18 de junio de 2026	FE1736705	$ 564.600,00
sábado, 20 de junio de 2026	FE1739008	$ 113.100,00
lunes, 22 de junio de 2026	FE1739213	$ 104.500,00
lunes, 22 de junio de 2026	FE1739616	$ 436.744,00
martes, 23 de junio de 2026	FE1740681	$ 113.100,00
martes, 23 de junio de 2026	FE1741808	$ 207.261,00
miércoles, 24 de junio de 2026	FE1742512	$ 116.200,00
jueves, 25 de junio de 2026	FE1743742	$ 605.900,00
jueves, 25 de junio de 2026	FE1744507	$ 880.600,00
martes, 30 de junio de 2026	FE1748267	$ 1.286.400,00
miércoles, 29 de abril de 2026	FE1690445	$ 72.053.915,00 OK

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$1.219.918.600,00	
ADICIÓN	$317.556.000,00	
VALOR FINAL CONTRATO	$1.537.474.600,00	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$0,00	
PRIMER PAGO PARCIAL	$2.000.000,00	CUADRO DE AUDITORIA HUV001 - C28
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$69.698.207,00	CUADRO DE AUDITORIA 14
TERCER PAGO PARCIAL	$37.567.194,00	CUADRO DE AUDITORIA 26

CUARTO PAGO PARCIAL	$46.137.190,00	CUADRO DE AUDITORIA 27C - 33 - 37
QUINTO PAGO PARCIAL	$14.095.697,00	CUADRO DE AUDITORIA 40 - 45
SEXTO PAGO PARCIAL	$47.964.411,00	CUADRO DE AUDITORIA 57 - 63
SEPTIMO PAGO PARCIAL	$45.907.091,00	CUADRO DE AUDITORIA 38C - 41C - 65 - 71 - 74 - 78 -83
OCTAVO PAGO PARCIAL	$98.957.272,00	CUADROS DE AUDITORIA 64C - 110 - 115 - 85 - 124 - 46C - 141 - 148 - 107 -142C - 58C - 136 - 86C - 34C - 111C - 116C - 75C
NOVENO PAGO PARCIAL	$68.561.750,00	CUADROS DE AUDITORIA 158 - 174 - 178
DECIMO PAGO PARCIAL	$1.046.000,00	CUADROS DE AUDITORIA 55
UNDECIMO PAGO PARCIAL	$59.521.924,00	CUADROS DE AUDITORIA 192 - 196
DUODECIMO PAGO PARCIAL	$71.688.917,00	CUADROS DE AUDITORIA 204 - 217
DECIMOTERCERO PAGO PARCIAL	$101.457.790,00	CUADROS DE AUDITORIA 236 - 248 - 261 - 161C - 179C - 193C - 218C
DECIMOCUARTO PAGO PARCIAL	$45.766.463,00	CUADROS DE AUDITORIA 288 - 292
DECIMOQUINTO PAGO PARCIAL	$98.798.500,00	CUADROS DE AUDITORIA 323 - 327C
SALDO	**$728.306.194,00**	

ANEXOS

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	N/A
COPIA	PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	N/A
COPIA	Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación	X
COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

IRNE TORRES CASTRO **CONTRATISTA**	Firmado digitalmente por: ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO SUPERVISOR PRINCIPAL CONTRATO 28-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA- ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO **SUPERVISOR**

ELABORO: ST. AGUIRRE

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL	Versión No:	4
		Vigencia:	18/11/2024

Jefatura o Unidad:	EMAVI
Nombre del Supervisor de Contrato	ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
Ordenador del Gasto	EMAVI
No. Contrato	028-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA- EMAVI-ESM2782-2025
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (NO INCLUYE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS); REQUERIDOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI
Valor inicial del contrato	$ 1.219.918.600,00
Adición	$ 317.556.000,00
Reducción	$ 0,00
Valor final del contrato	$ 1.537.474.600,00

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)	RECURSO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
A-02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 2.000.000,00
TOTAL VIGENCIA 2025					**$ 2.000.000,00**
A-02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 1.535.474.600,00
TOTAL VIGENCIA 2026					**$ 1.535.474.600,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 1.537.474.600,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCION	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	VALOR TOTAL PARA PAGO	SALDOS
1	PAC DICIEMBRE Y/O CXP 2026	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 2.000.000,00	$ 2.000.000,00	$ 1.535.474.600,00
2	FEBRERO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 69.698.207,00	$ 69.698.207,00	$ 1.465.776.393,00
3	MARZO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 37.567.194,00	$ 37.567.194,00	$ 1.428.209.199,00
4	ABRIL	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 46.137.190,00	$ 46.137.190,00	$ 1.382.072.009,00
5	ABRIL	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 14.095.697,00	$ 14.095.697,00	$ 1.367.976.312,00
6	ABRIL	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 47.964.411,00	$ 47.964.411,00	$ 1.320.011.901,00
7	ABRIL	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 45.907.091,00	$ 45.907.091,00	$ 1.274.104.810,00
8	MAYO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 98.957.272,00	$ 98.957.272,00	$ 1.175.147.538,00
9	MAYO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 68.561.750,00	$ 68.561.750,00	$ 1.106.585.788,00
10	MAYO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 1.046.000,00	$ 1.046.000,00	$ 1.105.539.788,00
11	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 59.521.924,00	$ 59.521.924,00	$ 1.046.017.864,00
12	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 71.688.917,00	$ 71.688.917,00	$ 974.328.947,00
13	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 101.457.790,00	$ 101.457.790,00	$ 872.871.157,00
14	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 45.766.463,00	$ 45.766.463,00	$ 827.104.694,00
15	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 98.798.500,00	$ 98.798.500,00	$ 728.306.194,00
TOTALES							**$ 809.168.406,00**	**$ 809.168.406,00**	**$ 728.306.194,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
FECHA	jueves, 23 de julio de 2026

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					473	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	09/12/2025	91914204	$1.220.721.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	17.808.700	0		0		0	0	0	0	17.808.700	24
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	93.044.200	0		0		0	0	0	0	93.044.200	116
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.661.800	0		0		0	0	0	0	109.661.800	114
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	51.576.500	0		0		0	0	0	0	51.576.500	82
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.395.500	0		0		0	0	0	0	3.395.500	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	37.930.400	0		0		0	0	0	0	37.930.400	53
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	50.583.400	0		0		0	0	0	0	50.583.400	70
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	2.016.000	0		0		0	0	0	0	2.016.000	2
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	2.294.600	0		0		0	0	0	0	2.294.600	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.709.600	0		0		0	0	0	0	1.709.600	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	1.853.500	0		0		0	0	0	0	1.853.500	3
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.192.800	0		0		0	0	0	0	3.192.800	2

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	21.564.100	0	0	424.200	424.200	0	0		22.412.500	21
230301	Porvenir	800224808-8	78.498.000	0	0	1.796.600	1.796.600	0	0		82.091.200	74
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	4.982.800	0	0	155.800	155.800	0	0		5.294.400	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.523.400	0	0	60.000	60.000	0	0		4.643.400	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	370.359.000	0	0	6.672.400	6.672.400	0	0		383.703.800	369

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	61.101.600				61.101.600	0	0	61.101.600			611.016	61.101.600	473

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	127.284.100	0	0	127.284.100	473

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					473	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	09/12/2025	91914204	$1.220.721.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
63.654.900	0	0	63.654.900	473
ICBF				
95.468.500	0	0	95.468.500	473
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	12	375.067.000	375.067.000
Pensión	5	498.145.300	498.145.300
Riesgos Laborales	1	61.101.600	61.101.600
CCF	1	127.284.100	127.284.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	95.468.500	95.468.500
MEN	0	0	0
SENA	1	63.654.900	63.654.900
TOTALES	21	1.220.721.400	1.220.721.400

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					490	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E		92710406	$1.256.076.100	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	685.500	0		0		0	0	0	0	685.500	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	16.241.900	0		0		0	0	0	0	16.241.900	25
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	89.521.700	0		0		0	0	0	0	89.521.700	118
EPS010	EPS Sura	800088702-2	117.079.200	0		0		0	0	0	0	117.079.200	118
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	54.396.500	0		0		0	0	0	0	54.396.500	83
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.395.500	0		0		0	0	0	0	3.395.500	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	40.502.700	0		0		0	0	0	0	40.502.700	58
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	51.659.300	0		0		0	0	0	0	51.659.300	71
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.131.900	0		0		0	0	0	0	1.131.900	2
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	3.708.000	0		0		0	0	0	0	3.708.000	5
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.899.200	0		0		0	0	0	0	1.899.200	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	1.968.700	0		0		0	0	0	0	1.968.700	3
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.192.900	0		0		0	0	0	0	3.192.900	2

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	24.921.100	0	0	374.300	374.300	0	0		25.669.700	28
230301	Porvenir	800224808-8	73.306.000	0	0	1.485.600	1.485.600	0	0		76.277.200	85
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.190.000	0	0	162.300	162.300	0	0		5.514.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.544.100	0	0	60.000	60.000	0	0		4.664.100	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	385.038.200	0	0	8.009.100	8.009.100	0	0		401.056.400	368

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	59.451.800				59.451.800	0	0	59.451.800			594.518	59.451.800	490

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	132.459.100	0	0	132.459.100	490

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					490	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E		92710406	$1.256.076.100	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
66.248.400	0	0	66.248.400	490
ICBF				
99.351.800	0	0	99.351.800	490
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	385.383.000	385.383.000
Pensión	5	513.182.000	513.182.000
Riesgos Laborales	1	59.451.800	59.451.800
CCF	1	132.459.100	132.459.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	99.351.800	99.351.800
MEN	0	0	0
SENA	1	66.248.400	66.248.400
TOTALES	22	1.256.076.100	1.256.076.100

PAGADO 2071156681

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					470	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	43835917	$1.156.331.700	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	850.900	0		0		0	0	0	0	850.900	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	16.801.400	0		0		0	0	0	0	16.801.400	22
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	88.914.400	0		0		0	0	0	0	88.914.400	110
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.056.900	0		0		0	0	0	0	109.056.900	115
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	50.188.900	0		0		0	0	0	0	50.188.900	80
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	4.300.300	0		0		0	0	0	0	4.300.300	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	39.400.900	0		0		0	0	0	0	39.400.900	57
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	48.861.600	0		0		0	0	0	0	48.861.600	70
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.072.300	0		0		0	0	0	0	1.072.300	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	2.181.500	0		0		0	0	0	0	2.181.500	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.472.400	0		0		0	0	0	0	1.472.400	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	3.843.000	0		0		0	0	0	0	3.843.000	5
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.262.100	0		0		0	0	0	0	3.262.100	2

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	21.508.000	0	0	231.800	231.800	0	0		21.971.600	22
230301	Porvenir	800224808-8	75.190.800	0	0	1.328.400	1.328.400	0	0		77.847.600	73
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.174.000	0	0	161.800	161.800	0	0		5.497.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.858.600	0	0	0	0	0	0		4.858.600	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	366.932.800	0	0	5.119.500	5.119.500	0	0		377.171.800	366

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	56.058.600				56.058.600	0	0	56.058.600			560.586	56.058.600	470

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	108.045.500	0	0	108.045.500	470

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					470	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	43835917	$1.156.331.700	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
53.874.400	0	0	53.874.400	470
ICBF				
80.799.400	0	0	80.799.400	470
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	370.206.600	370.206.600
Pensión	5	487.347.200	487.347.200
Riesgos Laborales	1	56.058.600	56.058.600
CCF	1	108.045.500	108.045.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	80.799.400	80.799.400
MEN	0	0	0
SENA	1	53.874.400	53.874.400
TOTALES	22	1.156.331.700	1.156.331.700

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL / 001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56724397		470	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$3,144,397,044	$1.209.020.300	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	992.700	0		0		0	0	0	0	992.700	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	17.940.200	0		0		0	0	0	0	17.940.200	23
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	90.297.100	0		0		0	0	0	0	90.297.100	113
EPS010	EPS Sura	800088702-2	115.238.700	0		0		0	0	0	0	115.238.700	115
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	51.553.000	0		0		0	0	0	0	51.553.000	80
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.063.400	0		0		0	0	0	0	3.063.400	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	38.465.100	0		0		0	0	0	0	38.465.100	55
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	48.930.100	0		0		0	0	0	0	48.930.100	68
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	789.600	0		0		0	0	0	0	789.600	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	2.204.000	0		0		0	0	0	0	2.204.000	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.592.300	0		0		0	0	0	0	1.592.300	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	4.237.800	0		0		0	0	0	0	4.237.800	5
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	2.794.500	0		0		0	0	0	0	2.794.500	2

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	22.726.300	0	0	281.800	281.800	0	0		23.289.900	22
230301	Porvenir	800224808-8	79.753.900	0	0	1.502.200	1.502.200	0	0		82.758.300	73
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.078.400	0	0	158.800	158.800	0	0		5.396.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.618.800	0	0	0	0	0	0		4.618.800	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	371.410.100	0	0	5.349.300	5.349.300	0	0		382.108.700	366

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	62.198.800				62.198.800	0	0	62.198.800			621.988	62.198.800	470

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	120.235.000	0	0	120.235.000	470

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56724397		470	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$3,144,397,044	$1.209.020.300	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
60.132.700	0	0	60.132.700	470
ICBF				
90.183.600	0	0	90.183.600	470
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	378.098.500	378.098.500
Pensión	5	498.171.700	498.171.700
Riesgos Laborales	1	62.198.800	62.198.800
CCF	1	120.235.000	120.235.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	90.183.600	90.183.600
MEN	0	0	0
SENA	1	60.132.700	60.132.700
TOTALES	22	1.209.020.300	1.209.020.300

PAGADO 136716657

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71539619	14/04/2026	466	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$3,057,891,335	$1.155.982.000	

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					
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	977.800	0		0		0	0	0	0	977.800	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	16.994.400	0		0		0	0	0	0	16.994.400	23
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	90.016.400	0		0		0	0	0	0	90.016.400	114
EPS010	EPS Sura	800088702-2	105.234.200	0		0		0	0	0	0	105.234.200	114
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	49.874.600	0		0		0	0	0	0	49.874.600	79
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.063.400	0		0		0	0	0	0	3.063.400	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	39.019.700	0		0		0	0	0	0	39.019.700	55
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	45.502.600	0		0		0	0	0	0	45.502.600	67
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	2.204.000	0		0		0	0	0	0	2.204.000	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.569.600	0		0		0	0	0	0	1.569.600	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	2.702.400	0		0		0	0	0	0	2.702.400	4
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.043.600	0		0		0	0	0	0	3.043.600	2

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	22.107.900	0	0	372.400	372.400	0	0		22.852.700	22
230301	Porvenir	800224808-8	76.558.800	0	0	1.403.300	1.403.300	0	0		79.365.400	73
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	4.887.200	0	0	152.800	152.800	0	0		5.192.800	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.756.800	0	0	40.400	40.400	0	0		4.837.600	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.394.400	0	0	5.111.400	5.111.400	0	0		362.617.200	362

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	58.914.000				58.914.000	0	0	58.914.000			589.140	58.914.000	466

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	117.081.800	0	0	117.081.800	466

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71539619	14/04/2026	466	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$3,057,891,335	$1.155.982.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
57.971.900	0	0	57.971.900	466
ICBF				
86.945.900	0	0	86.945.900	466
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	12	360.202.700	360.202.700
Pensión	5	474.865.700	474.865.700
Riesgos Laborales	1	58.914.000	58.914.000
CCF	1	117.081.800	117.081.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	86.945.900	86.945.900
MEN	0	0	0
SENA	1	57.971.900	57.971.900
TOTALES	21	1.155.982.000	1.155.982.000

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL / 001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80206099	13/05/2026	460	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$3,074,001,899	$1.183.550.300	

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					
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	956.800	0		0		0	0	0	0	956.800	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	18.219.700	0		0		0	0	0	0	18.219.700	23
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	93.250.900	0		0		0	0	0	0	93.250.900	114
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.913.100	0		0		0	0	0	0	109.913.100	113
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	49.311.800	0		0		0	0	0	0	49.311.800	77
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.251.400	0		0		0	0	0	0	3.251.400	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	40.190.600	0		0		0	0	0	0	40.190.600	55
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	47.612.200	0		0		0	0	0	0	47.612.200	65
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	1.684.200	0		0		0	0	0	0	1.684.200	2
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.604.000	0		0		0	0	0	0	1.604.000	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	3.184.600	0		0		0	0	0	0	3.184.600	4
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.210.800	0		0		0	0	0	0	3.210.800	2

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	21.115.800	0	0	298.200	298.200	0	0		21.712.200	20
230301	Porvenir	800224808-8	79.690.800	0	0	1.640.000	1.640.000	0	0		82.970.800	72
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.078.400	0	0	158.800	158.800	0	0		5.396.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.753.800	0	0	0	0	0	0		4.753.800	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	365.769.400	0	0	5.364.500	5.364.500	0	0		376.498.400	359

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	59.932.400				59.932.400	0	0	59.932.400			599.324	59.932.400	460

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	115.498.600	0	0	115.498.600	460

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80206099	13/05/2026	460	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$3,074,001,899	$1.183.550.300	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
57.765.800	0	0	57.765.800	460
ICBF				
86.632.200	0	0	86.632.200	460
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	12	372.390.100	372.390.100
Pensión	5	491.331.200	491.331.200
Riesgos Laborales	1	59.932.400	59.932.400
CCF	1	115.498.600	115.498.600
ESAP	0	0	0
ICBF	1	86.632.200	86.632.200
MEN	0	0	0
SENA	1	57.765.800	57.765.800
TOTALES	21	1.183.550.300	1.183.550.300

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
NI	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87155582		461	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$3,244,731,611	$1.185.941.400	

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					
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	977.800	0		0		0	0	0	0	977.800	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	18.271.800	0		0		0	0	0	0	18.271.800	23
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	90.917.100	0		0		0	0	0	0	90.917.100	113
EPS010	EPS Sura	800088702-2	103.983.800	0		0		0	0	0	0	103.983.800	109
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	49.661.000	0		0		0	0	0	0	49.661.000	79
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.297.900	0		0		0	0	0	0	3.297.900	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	40.173.600	0		0		0	0	0	0	40.173.600	54
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	49.542.300	0		0		0	0	0	0	49.542.300	70
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	2.156.900	0		0		0	0	0	0	2.156.900	3
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	472.700	0		0		0	0	0	0	472.700	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.181.800	0		0		0	0	0	0	1.181.800	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	1.641.000	0		0		0	0	0	0	1.641.000	2
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.192.800	0		0		0	0	0	0	3.192.800	2

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	21.603.800	0	0	288.600	288.600	0	0		22.181.000	21
230301	Porvenir	800224808-8	66.846.700	0	0	1.169.300	1.169.300	0	0		69.185.300	66
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.078.400	0	0	158.800	158.800	0	0		5.396.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.752.300	0	0	0	0	0	0		4.752.300	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	369.021.700	0	0	5.229.500	5.229.500	0	0		379.480.700	365

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.477.300				60.477.300	0	0	60.477.300			604.773	60.477.300	461

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	124.552.700	0	0	124.552.700	461

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87155582		461	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$3,244,731,611	$1.185.941.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
61.783.400	0	0	61.783.400	461
ICBF				
92.662.200	0	0	92.662.200	461
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	365.470.500	365.470.500
Pensión	5	480.995.300	480.995.300
Riesgos Laborales	1	60.477.300	60.477.300
CCF	1	124.552.700	124.552.700
ESAP	0	0	0
ICBF	1	92.662.200	92.662.200
MEN	0	0	0
SENA	1	61.783.400	61.783.400
TOTALES	22	1.185.941.400	1.185.941.400

PAGADO 382758911

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
NI	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93063167		462	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$5,871,307,654	$1.452.756.100	

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					
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	977.800	0		0		0	0	0	0	977.800	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	17.887.800	0		0		0	0	0	0	17.887.800	23
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	97.790.800	0		0		0	0	0	0	97.790.800	115
EPS010	EPS Sura	800088702-2	106.377.900	0		0		0	0	0	0	106.377.900	110
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	51.515.200	0		0		0	0	0	0	51.515.200	78
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.395.600	0		0		0	0	0	0	3.395.600	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	40.258.300	0		0		0	0	0	0	40.258.300	53
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	52.653.200	0		0		0	0	0	0	52.653.200	70
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	1.684.200	0		0		0	0	0	0	1.684.200	2
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	837.700	0		0		0	0	0	0	837.700	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.499.600	0		0		0	0	0	0	1.499.600	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	2.527.700	0		0		0	0	0	0	2.527.700	3
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	3.192.800	0		0		0	0	0	0	3.192.800	2

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	22.202.500	0	0	388.700	388.700	0	0		22.979.900	20
230301	Porvenir	800224808-8	72.943.800	0	0	1.361.800	1.361.800	0	0		75.667.400	67
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	5.675.900	0	0	177.500	177.500	0	0		6.030.900	2
231001	Colfondos	800227940-6	4.086.700	0	0	0	0	0	0		4.086.700	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	381.799.700	0	0	5.735.800	5.735.800	0	0		393.271.300	366

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.638.900				60.638.900	0	0	60.638.900			606.389	60.638.900	462

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	226.426.200	0	0	226.426.200	462

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	890303461-2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE		CALLE 5 N 36 08	6206019	huvseguridadsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	001	VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93063167		462	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$5,871,307,654	$1.452.756.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
113.228.500	0	0	113.228.500	462
ICBF				
169.827.700	0	0	169.827.700	462
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	13	380.598.600	380.598.600
Pensión	5	502.036.200	502.036.200
Riesgos Laborales	1	60.638.900	60.638.900
CCF	1	226.426.200	226.426.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	169.827.700	169.827.700
MEN	0	0	0
SENA	1	113.228.500	113.228.500
TOTALES	22	1.452.756.100	1.452.756.100

PAGADO 470498103

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

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de noviembre de 2025 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 91866022, 91866103, 91914204, 92020475 con fecha de pago el nueve (09) de diciembre de 2025.

Dada en Santiago de Cali al noveno (09) día del mes de diciembre de 2025, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-6097-25
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de diciembre de 2025 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 92659198, 92659368, 92698970, 92710406 con fecha de pago el nueve (9) de enero de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los catorce (14) días del mes de enero de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER- 0116-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de enero de 2026 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 43797668, 43835917, 43845886 y 44277924 con fecha de pago el once (11) de febrero de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los dieciséis (16) días del mes de febrero de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-0526-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de febrero de 2026 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 56687357, 56724397, 58676054 y 62378286 con fecha de pago el trece (13) de marzo de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los veinte (20) días del mes de marzo de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-1027-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de marzo de 2026 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 71411666, 71441181, 71539619 y 71541277 con fecha de pago el catorce (14) de abril de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los quince (15) días del mes de abril de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-1289-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de abril de 2026 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 78071819, 78075490, 78351437 y 80206099 con fecha de pago el trece (13) de mayo de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los catorce (14) días del mes de mayo de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-3633-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de mayo de 2026 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 87144809, 87146175, 87155582 y 87655908 con fecha de pago el once (11) de junio de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los dieciséis (16) días del mes de junio de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER-3939-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
NIT. 890.303.461-2

CERTIFICA QUE:

De conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003, al cierre del mes de diciembre de 2025 y durante los seis meses anteriores, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E,** ha realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente a los aportes de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, SENA, según planillas 92979799, 92979856, 93063140, 93063167 con fecha de pago el diez (10) de julio de 2026.

Dada en Santiago de Cali a los catorce (14) días del mes de julio de 2026, por solicitud de la entidad y con destino al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

HERNAN MORA MARTÍNEZ
Revisor Fiscal
TP- 24697 -T
CER- 4339-26
Por delegación de
KRESTON RM S.A.
Consultores, Auditores, Asesores
Kreston Colombia
Miembros de Kreston International Ltda.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141113277883

(415)7707212489984(8020) 000014111327788 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.

36. Nombre comercial	37. Sigla
	H.U.V.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 5 36 08 BRR SAN FERNANDO

42. Correo electrónico jefaturacontabilidadhuv@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 0 0 4 3	6 2 0 6 0 0 0	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2															

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 2	2 3								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
3	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TORRES CASTRO IRNE
985. Cargo Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Contraloría Departamental 1 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 5 2 5		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 9 2 2		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 6 4 9 7 2 7 4		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	CASTRO	IRNE	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 1 6 4 9 2 4 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ROLDAN	GONZALEZ	CLARA	LUZ

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 1 0 1	2 0 2 3 1 2 3 1

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 2 5 7 1 4 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ARIAS	OLAVE	CLAUDIO	GREGORIO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 2 2 3	2 0 2 1 0 4 2 4

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	6 4 0 1 0 0 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VARELA	BARRIOS	EDGAR	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 1 1 2 0	2 0 2 3 1 1 1 9

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 1 2 9 4 0 1 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
LESMES	DUQUE	MARIA	CRISTINA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 1 0 1	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 5 2 6 3 6 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ORTEGA	MONTERO	ELMER	ENRIQUE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 4 0 8	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 8 8 7 7 6 0 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	AGREDO	MIYERLANDI	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 1 0 1	2 0 2 2 1 0 2 4

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 2 3 8 3 3 8 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
LAGAREJO	RIVAS	RUBEN	FELIPE GONZALO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 1 0 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 4 8 8 3 4 2 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HERNANDEZ	SILVA	JESUS	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 1 2 0 3	2 0 2 4 0 1 0 3

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 1 8 5 3 4 5 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
OREJUELA		MARIELA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 0 9 1 2	2 0 2 0 1 0 0 7

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 6 1 5 8 5 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ROLDAN	GUTIERREZ	HERNEY	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 9 1 1 2 5	2 0 2 0 1 0 2 9

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 6 9 1 7 3 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SAMBONI	TIQUE	JOSE	FREDY

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 5 2 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 5 4 5 3 8 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
JIMENEZ	FERNANDEZ	CARLOS	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 1 0 5 2 4	2 0 2 4 0 5 2 4

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 9 2 6 3 9 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORO	RAMOS	EDINSON	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 1 1 2 1 3	2 0 2 3 1 2 1 3

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	4 5 4 7 1 8 0 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
LUNA	MIRANDA	LUCY	DEL CARMEN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 2 1 4	2 0 2 3 1 2 3 1

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 6 4 3 9 8 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GIL	OSORIO	EDUARDO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 0 9 2 7	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 7 1 1 7 8 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MUÑOZ	SINISTERRA	GUSTAVO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 3 3 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 7 2 4 3 1 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MURILLO	VARGAS	GUILLERMO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 1 1 2 0	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	2 9 5 3 8 6 0 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORO	TORRES	DILIAN	FRANCISCA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 1 0 1	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	9 4 4 5 3 9 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
EDER	GARCES	ALVARO	ALEJANDRO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 1 0 1	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 9 6 8 5 0 9 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PAYAN	VILLAMIZAR	CLAUDIA	MARIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 1 1 7	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 4 5 5 4 8 5 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PEREZ	OROZCO	OLGA	LUCIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 5 2 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 4 8 4 9 5 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CASTILLO	RENGIFO	HUGO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 5 2 7	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 2 7 7 1 2 5		2 4 6 9 7 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MORA	MARTINEZ	HERNAN	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 0 0 0 0 5 9 3 1 1	2	KRESTON RM S.A.

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 3 0 4 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 8 6 2 0 2 0		1 0 0 5 7 2 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
MONTES	RIOS	LUZ	AIDA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 0 0 0 0 5 9 3 1 1	2	KRESTON RM S.A.

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 4 1 1 0 1

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 6 5 8 4 0 2	2	1 1 0 0 1 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
ROJAS	GARCIA	LUZ	ANDREA

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 1 0 2

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141113277883

(415)7707212489984(8020) **000014111327788 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 3 4 6 1	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección
CL 5 36 08 BRR SAN FERNANDO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 2 0 6 0 0 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E. - SEDE CARTAGO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7	

165. Dirección
CR 3 B CL 2 ESQ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 0 2 6 2 0 6 0 0 0		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

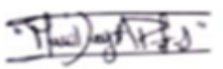
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	5/08/2026 12:00:00 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	18926	**Fecha Registro:**	2026-08-05	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	926	**Nro. Cdp:**	926	
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Antes del Iva:	98.798.500,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	98.798.500,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00	
TERCERO								
Identificación:	890303461	**Razón Social:**	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	AUD 323, 327C	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-08-05

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	AUD 323, 327C, SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES