	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	07
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2026-007938-CP**

FECHA: 14-09-2026

El suscrito ***Coronel RAFAEL EDUARDO RUBIO REYES*** Ordenador del Gasto de ***CACOM-2*** nombrado mediante ***Resolución No. 1073 Art.1 16-12-2025*** ; autoriza ***pago parcial EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD*** 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	***LABORATORIO CLÍNICO POTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S. PROTEGER IPS S.A***
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	***NIT***
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	***900434629***
No DOC. SOPORTE	***CONTRATO No. No. 052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025***
VALOR TOTAL	***$ 27.750.000,00***
VALOR A PAGAR	***$ 3.815.800,00***
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	***NO APLICA***
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	***02-02-02-009-003-01-10***
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	***1002474428***
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	***4200411841***
VIGENCIA	***2026***
PAC MES	***SEPTIEMBRE***
BANCO	***BANCO DAVIVIENDA S.A.***
TITULAR	***LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S***
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	***Ahorros***
NUMERO CUENTA	***O98470021613***
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS *(cuando aplique)*	
TITULAR	
NIT/C.C	
BANCO	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	
NUMERO CUENTA	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato	***02***
DIGITAL	Registro presupuestal CRP, última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar.	***01***

DIGITAL	- Acta de Recibo a Satisfacción y sus anexos (Factura No.FEHB28285) - Formato de Imputación Rubro Presupuestal - Certificación de Aportes Parafiscales, Planillas de pago de Seguridad Social - CXP SIIF - Certificación bancaria - Entrada SAP	***405***
TOTAL FOLIOS		***408***

En constancia de lo anterior firman:

Coronel RAFAEL EDUARDO RUBIO REYES
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-2

Mayor MIGUEL ANGEL AVILA PEREZ
Jefe Departamento Compras Públicas

Elaboró: T1. ACEVEDO / DECOP MY. AVILA / DECOP Aprobó:MY. AVILA / DECOP

FAC-S-2026-007938-CP

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS – CONTRATO O CONVENIO	Versión N°:	08
		Vigencia:	12-03-2026

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

PARCIAL: __X_ TOTAL: _____	**FECHA 31/07/2026**
CONTRATO No.	No. 052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025
FECHA SUSCRIPCIÓN	05 DE NOVIEMBRE DE 2025
OBJETO	EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD
FORMA DE PAGO	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 2 realizará el pago en moneda colombiana de la siguiente forma:

No. PAGO	Fecha de corte	Valor a pagar	PAC
1	31 diciembre de 2025	De acuerdo a facturación	DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2026
2	31 de julio de 2026	De acuerdo a facturación	SEPTIEMBRE 2026

CONTRATISTA	LABORATORIO CLÍNICO POTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S. – PROTEGER IPS S.A.S.
INTERVENTOR (si aplica)	NO APLICA
SUPERVISOR	T1. DUARTE ROA JULIO CESAR
VALOR INICIAL	El valor del presente contrato es por la suma de DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE. **$18.500.000.00),** teniendo en cuenta que se adjudicó por el valor total del presupuesto y se ejecutará hasta agotar el presupuesto asignado, conforme a la oferta económica presentada por el contratista, distribuidos así: **VIGENCIA 2025:** UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($1.500.000,00) **VIGENCIA 2026:** DIECISIETE MILLONES DE PESOS MCTE ($17.000.000,00)
FECHA DE INICIO	01 DE DICIEMBRE DE 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	**VIGENCIA 2025:** 01 de diciembre 2025 al 31 de diciembre de 2025. **VIGENCIA 2026:** 01 de enero de 2026 al 31 de julio de 2026

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Modificatorio No. 1	16/01/2026	SE ACTUALIZA EN EL NUMERAL 7 INFORMACIÓN PRESUPUESTAL EL NÚMERO DEL CDP Y CRP VIGENCIA 2026.

Modificatorio No. 2	30/04/2026	MODIFICACIÓN 002 CON EL FIN DE AMPLIAR EL PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2026 Y ADICIONAR PRESUPUESTO POR VALOR ($9.250.000,00).

SUSPENSIÓN Y REINICIOS

Suspensión No. 1	N/A
Ampliación Suspensión	N/A
Reinicio	N/A
FORMA DE PAGO FINAL	Se adiciona un tercer pago, teniendo en cuenta el cambio en la fecha de corte, el cual quedará así:

PAGO No.	SERVICIO	VALOR	PAC	VIGENCIA
3	Servicios recibidos en AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE	De acuerdo a facturación	PAC DICIEMBRE	2026

PLAZO DE EJECUCIÓN FINAL	El plazo del contrato será hasta el **31 de octubre de 2026.**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	Modifíquese parcialmente el numeral 2.1 de la Cláusula 2 del Clausulado adicional a la Aceptación de Oferta Electrónica, en el sentido de adicionar la suma de **NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE.** ($9.250.000,00), quedando el contrato por un valor total de **VEINTISIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($27.750.000,00)** distribuidos así:

VIGENCIA	VALOR INICIAL	ADICIÓN	VALOR TOTAL
2025	1.500.000.00		1.500.000.00
2026	17.000.000.00	9.250.000.00	26.250.000 00
TOTAL	**18.500.000.00**	**9.250.000.00**	**27.750.000.00**

En el Comando Aéreo de Combate No. 2 el día 31 de julio de 2026, se reunieron el señor **Teniente Coronel GIOVANNI ANDRÉS ESPARZA HERNÁNDEZ** Comandante Grupo Técnico con Traspaso de Funciones Administrativas y de Mando como Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor, en su calidad de Ordenador del Gasto, el señor **T1. DUARTE ROA JULIO CESAR** en su calidad **SUPERVISOR** por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA** y la señora CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS, Representante Legal de la compañía **LABORATORIO CLÍNICO POTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S. – PROTEGER IPS S.A.S.,** en su condición de **CONTRATISTA**, efectúan el correspondiente recibo **PARCIAL** de los bienes y/o servicios correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.

Luego de adelantar la inspección de los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y las entregas se cumplieron dentro del plazo contractual establecido, quedando pendiente por parte del contratista la emisión de la factura, a su vez adjuntar las planillas de seguridad social correspondientes al periodo pensión julio – salud agosto debido a que su fecha limite de pago aún no ha vencido.

A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DE SERVICIOS RECIBIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
Durante la ejecución del contrato se realizaron las valoraciones médicas ocupacionales como lo son Consulta por Optometría, Consulta por Audiometría, Examen médico ocupacional, Periódicos, Electrocardiograma, Espirometrías y Laboratorios a funcionarios de la FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA- COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 2.		
AUDIOMETRÍA DE TAMIZAJE	40	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	8	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
CONCEPTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	6	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
COPROLÓGICO	6	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
ELECTROCARDIOGRAMA- SOLO PARA MAYORES DE 50 AÑOS.	3	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
ESPIROMETRÍA	21	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
KOH DE UÑAS DE LAS MANOS	6	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
EXAMEN MÉDICO LABORAL (ÉNFASIS ESPECÍFICO SEGÚN EL CARGO) (periódico)	43	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
EXÁMENES DE REINTEGRO (post incapacidad)	1	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.

GLICEMIA CENTRAL	13	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
CUADRO HEMÁTICO (MÍNIMO DE IV GENERACIÓN) (hemograma cuadro hemático)	13	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
EXAMEN OPTOMÉTRICO	44	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS, HDL, LDL)	12	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
FROTIS FARÍNGEO	6	Se da cumplimiento a lo estipulado mediante proceso contractual y requerimiento de ficha técnica.
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA (S) A CANCELAR	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
CLAUDIA PATRICIA GALINDO RÍOS	REPRESENTANTE LEGAL	N/A
FELISA PÉREZ CALDERÓN	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución Número 6238 (13/03/2020)
ALEJANDRO JOSÉ ISSA MUNZON (Se retiró en enero)	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución No. 8571 De 28/09/2023
FIORELLA ANAYA SERRANO (Ingreso en marzo)	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución No. 002119 De 12/02/2026
ESTEBAN SANTAMARIA AGUSTINO (Ingreso en junio)	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución No 1738 de 23/09/2022
SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ (Se retiró en mayo)	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución 8265 15/11/2022
ALIX JOHANA ROJAS RUIZ (Temporal junio)	MÉDICO ESPECIALISTA	RM: 5010736/09 LSO: 4951/13
NELLY MAYERI REY CRUZ (Temporal junio)	MÉDICO ESPECIALISTA	Resolución 4921 09/04/2018

DIANA PATRICIA VILLAZÓN RAMÍREZ (Se retiró en abril)	BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICO	TP 1003317601
SULIBETH OCAMPO GARCIA (planillas (Ingreso en mayo)	BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICO	TP 1001782896
OSCAR FRANCISCO FORERO GÓMEZ	OPTÓMETRA ESPECIALISTA	Resolución No. 7528 De 17/11/2022
CARMEN NATALIA HERNÁNDEZ HERRERA	PSICÓLOGA	TP 272557
MAIRA ALEJANDRA GARCÍA BENAVIDES	FONOAUDIÓLOGO	TP 1061813134
MAGDA YINETH CASTRO DOUSDEBES	OPTÓMETRA	TP 40314026
PAULA ALEJANDRA BLANDÓN MÉNDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Resolución No 2646
MIRYAM YAJAIRA GARCÍA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Resolución No 30881
DANIELA LUCIA SANTIAGO AGUDELO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Resolución No 27609
MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ ROMERO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Resolución No 27156

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES

El pago de este recibo a satisfacción incrementa el valor y/o la vida útil del bien a intervenir.

- **Incrementa el valor del bien**

  SI: ____ NO: _X__
  Valor del incremento: $_____ (Valor parcial o total correspondiente a este pago)

- **Una vez ejecutado el 100% del contrato, incrementa vida útil del bien:**

  SI: ____ NO: _X__ Años a incrementar: _____

- **En caso de ser el pago final de un contrato de obra o mantenimiento mayor sobre un bien inmueble, indique si el bien se encuentra en condiciones de uso, una vez ejecutado el 100% del Contrato:**

- **SI____ NO _N/A_**

SITUACIÓN FINANCIERA

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL	$ 18.500.000,00	
VALOR ADICIÓN	$ 9.250.000,00	MODIFICATORIO 002 DEL 30/04/2026
VALOR FINAL	$ 27.750.000,00	**VIGENCIA 2025:** ($1.500.000.00) **VIGENCIA 2026:** ($26.250.000.00)
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$0,00	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2026	$ 1.500.000,00	FACTURA No. FEHB20572

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS – CONTRATO O CONVENIO	Versión N°:	08
		Vigencia:	12-03-2026

SEGUNDO PAGO PARCIAL PAC SEPTIEMBRE 2026	$ 3.815.800,00	PENDIENTE FACTURA
SALDO	$ 22.434.200,00	

OBSERVACIONES

El contratista cumplió con los requisitos y documentos establecidos dentro del clausulado adicional a la aceptación de la oferta electrónica: OBLIGACIONES PARTICULARES DEL CONTRATISTA.

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS **R/L PROTEGER IPS S.A.S.** **CONTRATISTA**	T1. DUARTE ROA JULIO CESAR **SUPERVISOR**

TC. GIOVANNI ANDRES ESPARZA HERNÁNDEZ
Comandante Grupo Técnico con Traspaso de Funciones Administrativas y de Mando como Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor del Comando Aéreo de Combate No 2
ORDENADOR DEL GASTO

VoBo. TC. YENI ANDREA BUSTOS SANCHEZ
GERENTE DE PROYECTO

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Calle 26C # 37-38, barrio 7 de Agosto
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

ISO/IEC 17024:2012 13-CEP-059 | GS 503 | GC 175

FECHA: 2026-09-01 VENCE: 2026-10-01 **FACTURA DE VENTA FEHB28285**

NIT: 800141627 DV: 4 CLIENTE: FUERZA AEREA COLOMBIANA COMANDO AEREO DE COMBATE NO 2

DIRECCIÓN: KM 7 VIA PTO LOPEZ BASE AÉREA DE APIAY CIUDAD: VILLAVICENCIO

TELEFONO: 6616412 ORDEN DE SERVICIO:

FORMA DE PAGO: CREDITO

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VLR. UNITARIO	VLR. TOTAL
954100	AUDIOMETRIA	40	$ 15,000	$ 600,000
892020101	ANEXO ALTURAS	8	$ 1,200	$ 9,600
XX1302	ANEXO MANIPULACION DE ALIMENTOS	6	$ 1,200	$ 7,200
907002	COPROLOGICO	6	$ 10,000	$ 60,000
89510001	ELECTROCARDIOGRAMA	3	$ 28,000	$ 84,000
893700	ESPIROMETRIA	21	$ 17,000	$ 357,000
90130501	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH	6	$ 10,000	$ 60,000
890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	43	$ 28,000	$ 1,204,000
89020204	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD	1	$ 28,000	$ 28,000
90384401	GLICEMIA	13	$ 11,000	$ 143,000
902210	HEMOGRAMA CUADRO HEMATICO	13	$ 11,000	$ 143,000
89020702	OPTOMETRIA	44	$ 17,000	$ 748,000
90381801	PERFIL LIPIDICO	12	$ 26,000	$ 312,000
90130502	EXAMEN FROTIS FARINGEO	6	$ 10,000	$ 60,000

Total de items: 14 Total Factura $ 3,815,800

Dias de plazo: 30 Total Pagado -

Son: TRES MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

PARA PAGOS MEDIANTE CONSIGNACION O TRANSFERENCIA, DEBEN SER REALIZADOS A LAS CUENTAS:
DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS # 098470021613
BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS # 84498910555
BANCO DE BOGOTA CUENTA CORRIENTE # 198140279

Observaciones: #$15-01-05-004;052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025;julio.duarte@fac.mil.co#$

PROTEGER I.P.S.
NIT. 900.434.629-1 RÉGIMEN COMÚN

Proteger IPS **Aceptada**

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCIÓN 18764086996576 DE 2025-01-10 AUTORIZADO DEL 10001 AL 100000 CON FECHA VENCIMIENTO 2027-01-10

GENERADA MEDIANTE SOFTWARE PROPIO HABILITADO ANTE DIAN POR LABORATORIO CLINCO PROTEGER IPS SAS NIT: 900.434.629-1

RECUERDE QUE: SOMOS UN LABORATORIO CLINICO POR LO TANTO SEGUN DECRETO 1625 DE 2016 EL PORCENTAJE DE RETENCION EN LA FUENTE QUE NOS PUEDEN APLICAR ES DEL DOS PORCIENTO (2%).

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

Realizada por: MORALES PEÑA LINA MARIA

Cualquier inquietud o novedad puede comunicarse al telefono 333 033 3622

DOCUMENTO CONFIDENCIAL - DOCUMENTO CONFIDENCIAL - DOCUMENTO CONFIDENCIAL

DOCUMENTO CONFIDENCIAL - DOCUMENTO CONFIDENCIAL - DOCUMENTO CONFIDENCIAL

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4200411841

CONTRATO: 4600260188

PROVEEDOR DE SERVICIOS	PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD	**FECHA RECIBO DEL SERVICIO**	03.09.2026
CONTRATO No.	CTO 052-25		
UNIDAD RECEPTORA	5002 CACOM 2		
CONCEPTO Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 4200411841, contrato interno 4600260188 de fecha 03.09.2026 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4200411841	00010	1002474428	EXAMENES OCUPACIONES C-2				3.815.800,00
						VALOR TOTAL SERVICIOS	COP	3.815.800,00

OBSERVACIONES

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y
EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD
CTO 052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025
FACTURA DE VENTA No. FEHB28285

FIRMAS

ACEVEDO DURAN ISBEL YANIRA

Firmado digitalmente por ACEVEDO DURAN ISBEL YANIRA

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA QUE:

La empresa **LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S**., identificada con **Nit 900.434.629-1**, ha cumplido durante los SEIS (06) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con las obligaciones laborales, los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales por lo que declaro que se encuentra a paz y salvo con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social. Al igual que las contratistas **FELISA PEREZ CALDERON** identificada con cédula de ciudadanía número **1.047.422.687**, **MAGDA YINETH CASTRO DOUSDEBES**, identificada con cédula de ciudadanía número **40.341.026**, **CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS** identificada con cédula de ciudadanía número **40.216.059**, **ALEJANDRO JOSÉ ISSA MUNZON** identificada con cédula de ciudadanía número **1.140.867.194**, **ALIX JOHANA ROJAS RUIZ** identificada con cédula de ciudadanía número **1.121.820.184**, **FIORELLA ANAYA SERRANO** identificada con cédula de ciudadanía número **1.065.647.089**, **NELLY MAYERI REY CRUZ** identificada con cédula de ciudadanía número **1.121.830.996, SANDRA VIVIANA FORERO** identificada con cédula de ciudadanía número **1.121.898.551**, **ESTEBAN SANTAMARIA AGUSTINO** identificado con cédula de ciudadanía número **86.082.702**, **DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ** identificada con cédula de ciudadanía número **1.003.317.601, CARMEN NATALIA HERNANDEZ HERRERA** identificada con cédula de ciudadanía número **1.006.698.031**, **SULIBETH OCAMPO GARCIA** identificada con cédula de ciudadanía número **1.001.782.896**, **OSCAR FRANCISCO FORERO GÓMEZ** identificada con cédula de ciudadanía número **79.167.563**, **MARIA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES** identificada con cédula de ciudadanía número **1.061.813.134**, se encuentran vinculadas con LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S S.A.S. por medio de un contrato de prestación de servicio; además, realizaron los aportes al sistema general de pensiones, al sistema general de salud y ARL, correspondientes a los periodos de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio del 2026.

La presente se expide en la ciudad de Villavicencio, con destino a **FUERZA AEREA COLOMBIANA COMANDO AEREO DE COMBATE NO 2** a los 31 días del mes de julio de 2026.

FIRMA
NOMBRE: YEIMMY TATIANA URIBE ROJAS
CEDULA: 1.121.966.561 de Villavicencio
TARJETA PROFESIONAL: 307313-T – Revisor Fiscal



VALIDO PARA PROTEGER IPS





REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.966.561

URIBE ROJAS
APELLIDOS

YEIMMY TATIANA
NOMBRES

FIRMA

VALIDO PARA PROTEGER IPS



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1999
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

11-OCT-2017 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200100-00955915-F-1121966561-20171120 0058525987A 1 49435845

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					35	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	07/01/2026	3549700	$11.849.900	

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	117.000	0		0		0	0	0	0	117.000	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	770.800	0		0		0	0	0	0	770.800	15
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	677.500	0		0		0	0	0	0	677.500	13
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	155.800	0		0		0	0	0	0	155.800	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	98.800	0		0		0	0	0	0	98.800	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	1.786.100	0	0	0	0	0	0		1.786.100	8
230301	Porvenir	800224808-8	4.463.300	0	0	0	0	0	0		4.463.300	22
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.025.200	0	0	0	0	0	0		1.025.200	5

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.021.000				1.021.000	0	0	1.021.000			10.210	1.021.000	35

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.601.400	0	0	1.601.400	32
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	133.000	0	0	133.000	3

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					35	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-01	2025-12	E	07/01/2026	3549700	$11.849.900	

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.819.900	1.819.900
Pensión	3	7.274.600	7.274.600
Riesgos Laborales	1	1.021.000	1.021.000
CCF	2	1.734.400	1.734.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	11.849.900	11.849.900

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					35	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-01	2025-12	E	07/01/2026	3549700	$11.849.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1006821060	PABON MORENO MOISES	1	0			S		X															25-14	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS005	711.750	28.500	14-4	711.750	3	17.400	CCF34	711.750	28.500	0	0	0	0	0
5	CC	1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	1006858117	GARCIA BOHORQUEZ RODOLFO ANDRES	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	1007819702	PEÑUELA GONZALEZ NICOL BRIGGITE	1	0			S		X															230301	237.250	38.000	0	0	0	0	EPS002	237.250	9.500	14-4	237.250	3	5.800	CCF34	237.250	9.500	0	0	0	0	0
8	CC	1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S	X																230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS002	1.043.900	41.800	14-4	1.043.900	3	25.500	CCF34	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
9	CC	1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	1029645887	ALFEREZ MORALES MAYRA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS002	711.750	28.500	14-4	711.750	3	17.400	CCF34	711.750	28.500	0	0	0	0	0
11	CC	1029645887	ALFEREZ MORALES MAYRA ALEJANDRA	1	0			S											X						230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS002	711.750	28.500	14-4	711.750	3	0	CCF34	711.750	0	0	0	0	0	0
12	CC	1033753298	HERNANDEZ MANRIQUE ORLANDO	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-4	2.000.000	3	48.800	CCF34	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
13	CC	1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S	X																230201	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS037	1.043.900	41.800	14-4	1.043.900	3	25.500	CCF34	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
14	CC	1118123772	RODRIGUEZ ROMERO ANDREA	1	0			S		X															230301	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS005	474.500	19.000	14-4	474.500	3	11.600	CCF69	474.500	19.000	0	0	0	0	0
15	CC	1118774308	CORDOBA MACIAS YARITH XIMENA	1	0			S		X															230301	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS002	616.850	24.700	14-4	616.850	3	15.100	CCF34	616.850	24.700	0	0	0	0	0
16	CC	1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
17	CC	1121828050	MARTINEZ AMAYA ANDERSON SMIT	1	0			S		X															25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
19	CC	1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
20	CC	1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S	X																230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS002	1.043.900	41.800	14-4	1.043.900	3	25.500	CCF34	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
21	CC	1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
22	CC	1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
23	CC	1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
24	CC	1049656669	CARREÑO CAMUAN MARIA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	1123801433	ALMANZA MANCERA VANESSA	1	0			S	X																230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS041	1.043.900	41.800	14-4	1.043.900	3	25.500	CCF34	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
26	CC	1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S	X																230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	3	36.600	CCF34	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
27	CC	1193039554	RAMIREZ GOMEZ STIVEN SANTIAGO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
28	CC	1193609773	TORRES CORTES KEVIN ALEXANDER	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
29	CC	1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
30	CC	1121872000	MARTINEZ SALAZAR JOHN JAWMER	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	CCFC55	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	3	36.600	CCF34	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
31	CC	40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S																	25-14	996.450	159.500	0	0	0	0	EPS002	996.450	39.900	14-4	996.450	3	24.300	CCF34	996.450	39.900	0	0	0	0	0
32	CC	40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S													X				25-14	427.050	68.400	0	0	0	0	EPS002	427.050	17.100	14-4	427.050	3	0	CCF34	427.050	17.100	0	0	0	0	0
33	CC	1122654330	RUBIO QUICENO CAROL JULIETH	1	0			S												X					230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	0	CCF34	1.423.500	0	0	0	0	0	0
34	CC	1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	800.000	128.000	0	0	0	0	EPS005	800.000	32.000	14-4	800.000	3	19.500	CCF34	800.000	32.000	0	0	0	0	0
35	CC	1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S													X				230201	700.000	112.000	0	0	0	0	EPS005	700.000	28.000	14-4	700.000	3	0	CCF34	700.000	28.000	0	0	0	0	0
36	CC	1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.091.350	174.700	0	0	0	0	EPS005	1.091.350	43.700	14-4	1.091.350	3	26.600	CCF34	1.091.350	43.700	0	0	0	0	0
37	CC	1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S													X				230301	332.150	53.200	0	0	0	0	EPS005	332.150	13.300	14-4	332.150	3	0	CCF34	332.150	13.300	0	0	0	0	0
38	CC	40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
39	CC	1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC55	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	3	34.700	CCF34	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					35	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47885344	$13.753.500	

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	116.800	0		0		0	0	0	0	116.800	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	931.000	0		0		0	0	0	0	931.000	15
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	687.600	0		0		0	0	0	0	687.600	11
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	49.100	0		0		0	0	0	0	49.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	140.300	0		0		0	0	0	0	140.300	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	42.100	0		0		0	0	0	0	42.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.465.800	0	0	0	0	0	0		2.465.800	10
230301	Porvenir	800224808-8	4.860.600	0	0	0	0	0	0		4.860.600	20
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.094.700	0	0	0	0	0	0		1.094.700	5

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.188.300				1.188.300	0	0	1.188.300			11.883	1.188.300	35

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.896.800	0	0	1.896.800	33
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	140.200	0	0	140.200	2

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					35	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47885344	$13.753.500	

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	2.107.100	2.107.100
Pensión	3	8.421.100	8.421.100
Riesgos Laborales	1	1.188.300	1.188.300
CCF	2	2.037.000	2.037.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	13.753.500	13.753.500

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					35	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47885344	$13.753.500	

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					35	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47885344	$13.753.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF69	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
2	CC	1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S	X																25-14	1.050.543	168.100	0	0	0	0	EPS002	1.050.543	42.100	14-4	1.050.543	3	25.600	CCF34	1.050.543	42.100	0	0	0	0	0
3	CC	1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
4	CC	1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
5	CC	1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
6	CC	1006858117	GARCIA BOHORQUEZ RODOLFO ANDRES	1	0			S		X															230301	875.453	140.100	0	0	0	0	EPS005	875.453	35.100	14-4	875.453	3	21.400	CCF34	875.453	35.100	0	0	0	0	0
7	CC	1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF69	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
8	CC	1013606670	MEDINA ESCARRAGA JOSE GILDARDO	1	0			S	X	X															25-14	536.667	85.900	0	0	0	0	EPS005	536.667	21.500	14-4	536.667	3	13.100	CCF34	536.667	21.500	0	0	0	0	0
9	CC	1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
10	CC	1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
11	CC	1029645887	ALFEREZ MORALES MAYRA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	408.545	65.400	0	0	0	0	EPS002	408.545	16.400	14-4	408.545	3	10.000	CCF34	408.545	16.400	0	0	0	0	0
12	CC	1029645887	ALFEREZ MORALES MAYRA ALEJANDRA	1	0			S										X							230301	1.342.361	214.800	0	0	0	0	EPS002	1.342.361	53.700	14-4	1.342.361	3	0	CCF34	1.342.361	0	0	0	0	0	0
13	CC	1049656669	CARREÑO CAMUAN MARIA FERNANDA	1	0			S		X															230301	875.453	140.100	0	0	0	0	EPS037	875.453	35.100	14-4	875.453	3	21.400	CCF34	875.453	35.100	0	0	0	0	0
14	CC	1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
15	CC	1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
16	CC	1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S	X	X															230201	583.635	93.400	0	0	0	0	EPS017	583.635	23.400	14-4	583.635	3	14.300	CCF34	583.635	23.400	0	0	0	0	0
17	CC	1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S	X																230201	641.999	102.800	0	0	0	0	EPS017	641.999	25.700	14-4	641.999	3	15.700	CCF34	641.999	25.700	0	0	0	0	0
18	CC	1121872000	MARTINEZ SALAZAR JOHN JAWMER	1	0			S		X															230301	1.167.270	186.800	0	0	0	0	CCFC55	1.167.270	46.700	14-4	1.167.270	3	28.500	CCF34	1.167.270	46.700	0	0	0	0	0
19	CC	1006860132	AGUAS RIVAS MIGUEL ANGEL	1	0			S	X																230301	1.517.451	242.800	0	0	0	0	EPS002	1.517.451	60.700	14-4	1.517.451	3	37.000	CCF34	1.517.451	60.700	0	0	0	0	0
20	CC	1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
21	CC	1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
22	CC	1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S	X																230201	1.050.543	168.100	0	0	0	0	EPSC34	1.050.543	42.100	14-4	1.050.543	3	25.600	CCF34	1.050.543	42.100	0	0	0	0	0
23	CC	1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	1.342.361	214.800	0	0	0	0	EPS005	1.342.361	53.700	14-4	1.342.361	3	32.700	CCF34	1.342.361	53.700	0	0	0	0	0
24	CC	1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S										X							230301	408.545	65.400	0	0	0	0	EPS005	408.545	16.400	14-4	408.545	3	0	CCF34	408.545	0	0	0	0	0	0
25	CC	1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
26	CC	1033753298	HERNANDEZ MANRIQUE ORLANDO	1	0			S		X															230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS002	1.600.000	64.000	14-4	1.600.000	3	39.000	CCF34	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
27	CC	1123801433	ALMANZA MANCERA VANESSA	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
28	CC	1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
29	CC	1193039554	RAMIREZ GOMEZ STIVEN SANTIAGO	1	0			S		X															230301	992.180	158.800	0	0	0	0	EPS002	992.180	39.700	14-4	992.180	3	24.200	CCF34	992.180	39.700	0	0	0	0	0
30	CC	1193609773	TORRES CORTES KEVIN ALEXANDER	1	0			S		X															230201	875.453	140.100	0	0	0	0	EPS037	875.453	35.100	14-4	875.453	3	21.400	CCF34	875.453	35.100	0	0	0	0	0
31	CC	1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
32	CC	1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
33	CC	40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S																	25-14	1.225.634	196.200	0	0	0	0	EPS002	1.225.634	49.100	14-4	1.225.634	3	29.900	CCF34	1.225.634	49.100	0	0	0	0	0
34	CC	40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S													X				25-14	525.272	84.100	0	0	0	0	EPS002	525.272	21.100	14-4	525.272	3	0	CCF34	525.272	21.100	0	0	0	0	0
35	CC	1122654330	RUBIO QUICENO CAROL JULIETH	1	0			S		X															230301	583.635	93.400	0	0	0	0	EPS002	583.635	23.400	14-4	583.635	3	14.300	CCF34	583.635	23.400	0	0	0	0	0
36	CC	1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	875.453	140.100	0	0	0	0	EPS005	875.453	35.100	14-4	875.453	3	21.400	CCF34	875.453	35.100	0	0	0	0	0
37	CC	1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S													X				230201	875.453	140.100	0	0	0	0	EPS005	875.453	35.100	14-4	875.453	3	0	CCF34	875.453	35.100	0	0	0	0	0
38	CC	1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	992.180	158.800	0	0	0	0	EPS005	992.180	39.700	14-4	992.180	3	24.200	CCF34	992.180	39.700	0	0	0	0	0
39	CC	1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S													X				230301	758.726	121.400	0	0	0	0	EPS005	758.726	30.400	14-4	758.726	3	0	CCF34	758.726	30.400	0	0	0	0	0
40	CC	40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
41	CC	1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	CCFC55	1.750.905	70.100	14-4	1.750.905	3	42.700	CCF34	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64416235	05/03/2026	31	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$50,601,157	$13.253.100	

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	84.200	0		0		0	0	0	0	84.200	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	876.300	0		0		0	0	0	0	876.300	13
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	630.900	0		0		0	0	0	0	630.900	9
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	16.400	0		0		0	0	0	0	16.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	138.000	0		0		0	0	0	0	138.000	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.521.900	0	0	0	0	0	0		2.521.900	9
230301	Porvenir	800224808-8	4.455.500	0	0	0	0	0	0		4.455.500	18
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.800	0	0	0	0	0	0		1.120.800	4

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.184.400				1.184.400	0	0	1.184.400			11.844	1.184.400	31

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.804.100	0	0	1.804.100	29
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	140.200	0	0	140.200	2

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64416235	05/03/2026	31	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$50,601,157	$13.253.100	

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.026.200	2.026.200
Pensión	3	8.098.200	8.098.200
Riesgos Laborales	1	1.184.400	1.184.400
CCF	2	1.944.300	1.944.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	13.253.100	13.253.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64416235	05/03/2026	31	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$50,601,157	$13.253.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1006656685	ALFONSO MARTIN CLAUDIA JOHANNA	1	0			S	X	X															230301	350.181	6	56.100	0	0	0	0	CCFC55	350.181	6	14.100	14-4	350.181	6	3	8.600	CCF34	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
3	CC 1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S	X																230301	408.545	7	65.400	0	0	0	0	EPS008	408.545	7	16.400	14-4	408.545	7	3	10.000	CCF34	408.545	7	16.400	0	0	0	0	0
7	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 1006860132	AGUAS RIVAS MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1006876118	MENESES PALOMAR KAREN GIOVANA	1	0			S	X	X															230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS037	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
12	CC 1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
13	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	CCFC55	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
15	CC 1029645887	ALFEREZ MORALES MAYRA ALEJANDRA	1	0			S		X															230301	933.816	16	149.500	0	0	0	0	EPS002	933.816	16	37.400	14-4	933.816	16	3	22.800	CCF34	933.816	16	37.400	0	0	0	0	0
16	CC 1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S																	230201	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS037	1.575.815	27	63.100	14-4	1.575.815	27	3	38.400	CCF34	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
17	CC 1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S										X							230201	175.091	3	28.100	0	0	0	0	EPS037	175.091	3	7.100	14-4	175.091	3	3	0	CCF34	175.091	3	0	0	0	0	0	0
18	CC 1121820679	SANCHEZ ARTUNDUAGA YURI ALEJANDRA	1	0			S	X																230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS002	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
19	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
21	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
22	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	CC 1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
24	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S										X							230301	1.283.997	22	205.500	0	0	0	0	EPS005	1.283.997	22	51.400	14-4	1.283.997	22	3	0	CCF34	1.283.997	22	0	0	0	0	0	0
26	CC 1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S										X							230301	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS005	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
27	CC 1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
28	CC 40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64416235	05/03/2026	31	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$50,601,157	$13.253.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
29	CC 1123801433	ALMANZA MANCERA VANESSA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
30	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
31	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.634.178	28	261.500	0	0	0	0	EPS005	1.634.178	28	65.400	14-4	1.634.178	28	3	39.900	CCF34	1.634.178	28	65.400	0	0	0	0	0
32	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S										X							230201	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS005	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	3	0	CCF34	116.727	2	0	0	0	0	0	0
33	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
34	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73562138		34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$56,204,053	$14.691.400	

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	EPS-S Cajacopi	901543211-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	904.300	0		0		0	0	0	0	904.300	14
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	766.600	0		0		0	0	0	0	766.600	11
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	51.400	0		0		0	0	0	0	51.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	208.000	0		0		0	0	0	0	208.000	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	88.800	0		0		0	0	0	0	88.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Afiliado	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	2.792.700	0	0	0	0	0	0		2.792.700	10
230301	Porvenir	800224808-8	4.875.900	0	0	0	0	0	0		4.875.900	19
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.326.400	0	0	0	0	0	0		1.326.400	5

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.298.400				1.298.400	0	0	1.298.400			12.984	1.298.400	34

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.892.800	0	0	1.892.800	30
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	275.800	0	0	275.800	4

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73562138		34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$56,204,053	$14.691.400	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.229.400	2.229.400
Pensión	3	8.995.000	8.995.000
Riesgos Laborales	1	1.298.400	1.298.400
CCF	2	2.168.600	2.168.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	14.691.400	14.691.400

PAGADO 20213703

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73562138		34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$56,204,053	$14.691.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1005148445	ARDILA LUQUE ELISA FERNANDA	1	0			S	X																230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS041	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF69	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
2	CC 1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1007707716	RODRIGUEZ VELASQUEZ VALENTINA	1	0			S	X	X															230301	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPSC34	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	11.400	CCF34	466.908	8	18.700	0	0	0	0	0
9	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 1118567620	BECERRA ROMERO JESICA KATHERIN	1	0			S	X																230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS005	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF69	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
13	CC 1121820679	SANCHEZ ARTUNDUAGA YURI ALEJANDRA	1	0			S		X															230301	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS002	817.089	14	32.700	14-4	817.089	14	3	20.000	CCF34	817.089	14	32.700	0	0	0	0	0
14	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
15	CC 1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 1006860132	AGUAS RIVAS MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S																	230301	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS005	817.089	14	32.700	14-4	817.089	14	3	20.000	CCF34	817.089	14	32.700	0	0	0	0	0
19	CC 1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S												X					230301	933.816	16	149.500	0	0	0	0	EPS005	933.816	16	37.400	14-4	933.816	16	3	0	CCF34	933.816	16	37.400	0	0	0	0	0
20	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S	X																230201	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS005	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
21	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
22	CC 1029644365	MERCHAN GUERRERO AZTRID LORENA	1	0			S	X																25-14	1.283.997	22	205.500	0	0	0	0	EPS002	1.283.997	22	51.400	14-4	1.283.997	22	3	31.300	CCF34	1.283.997	22	51.400	0	0	0	0	0
23	CC 1034776964	LOZADA GARAVITO LAURA VALENTINA	1	0			S	X																230301	1.283.997	22	205.500	0	0	0	0	EPS008	1.283.997	22	51.400	14-4	1.283.997	22	3	31.300	CCF34	1.283.997	22	51.400	0	0	0	0	0
24	CC 1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	CCFC55	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 1123801433	ALMANZA MANCERA VANESSA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
26	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
27	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73562138		34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$56,204,053	$14.691.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
28	CC 1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
29	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
30	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S																	25-14	1.108.907	19	177.500	0	0	0	0	EPS002	1.108.907	19	44.400	14-4	1.108.907	19	3	27.100	CCF34	1.108.907	19	44.400	0	0	0	0	0
31	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	3	0	CCF34	116.727	2	0	0	0	0	0	0
32	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S									X								25-14	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS002	291.818	5	0	14-4	291.818	5	3	0	CCF34	291.818	5	0	0	0	0	0	0
33	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S									X								25-14	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS002	233.454	4	0	14-4	233.454	4	3	0	CCF34	233.454	4	0	0	0	0	0	0
34	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
35	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
36	CC 40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
37	CC 1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS005	350.181	6	14.100	14-4	350.181	6	3	8.600	CCF34	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
38	CC 1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S										X							230301	1.400.724	24	224.200	0	0	0	0	EPS005	1.400.724	24	56.100	14-4	1.400.724	24	3	0	CCF34	1.400.724	24	0	0	0	0	0	0
39	CC 1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81319210	07/05/2026	34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$56,262,416	$14.763.600	

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	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	918.400	0		0		0	0	0	0	918.400	14
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	780.400	0		0		0	0	0	0	780.400	12
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	198.600	0		0		0	0	0	0	198.600	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.802.000	0	0	0	0	0	0		2.802.000	10
230301	Porvenir	800224808-8	4.632.700	0	0	0	0	0	0		4.632.700	18
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.569.200	0	0	0	0	0	0		1.569.200	6

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.329.400				1.329.400	0	0	1.329.400			13.294	1.329.400	34

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.902.000	0	0	1.902.000	30
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	280.400	0	0	280.400	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.247.900	2.247.900
Pensión	3	9.003.900	9.003.900
Riesgos Laborales	1	1.329.400	1.329.400
CCF	2	2.182.400	2.182.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	14.763.600	14.763.600

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81319210	07/05/2026	34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$56,262,416	$14.763.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1005148445	ARDILA LUQUE ELISA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 1006860132	AGUAS RIVAS MIGUEL ANGEL	1	0			S	x																230301	992.180	17	158.800	0	0	0	0	EPS002	992.180	17	39.700	14-4	992.180	17	3	24.200	CCF34	992.180	17	39.700	0	0	0	0	0
10	CC 1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
13	CC 1029644365	MERCHAN GUERRERO AZTRID LORENA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 1034776964	LOZADA GARAVITO LAURA VALENTINA	1	0			S	x																25-14	1.050.543	18	168.100	0	0	0	0	EPS002	1.050.543	18	42.100	14-4	1.050.543	18	3	25.600	CCF34	1.050.543	18	42.100	0	0	0	0	0
15	CC 1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 1110467947	CACERES MAYORGA YINA LIZETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 1118567620	BECERRA ROMERO JESICA KATHERIN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
21	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
22	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	CC 1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
24	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
26	CC 1122510297	MANRIQUE ROJAS JUAN ESTEBAN	1	0			S	x																230301	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPS005	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	3	37.000	CCF34	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
27	CC 1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81319210	07/05/2026	34	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$56,262,416	$14.763.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
28	CC 1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	233.454	4	37.400	0	0	0	0	CCFC55	233.454	4	9.400	14-4	233.454	4	3	5.700	CCF34	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
29	CC 1123435523	RUIZ CHAVARRO SEBASTIAN	1	0			S		X															230301	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	CCFC55	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	3	37.000	CCF34	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
30	CC 1123801433	ALMANZA MANCERA VANESSA	1	0			S		X															230301	1.459.088	25	233.500	0	0	0	0	EPS041	1.459.088	25	58.400	14-4	1.459.088	25	3	35.600	CCF34	1.459.088	25	58.400	0	0	0	0	0
31	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
32	CC 1193067525	ROJAS ESGUERRA LEIDY ALEJANDRA	1	0			S	X																230301	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS005	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	11.400	CCF34	466.908	8	18.700	0	0	0	0	0
33	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
34	CC 40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
35	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	1	2.400	14-4	58.364	1	3	0	CCF34	58.364	1	0	0	0	0	0	0
36	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS002	1.575.815	27	63.100	14-4	1.575.815	27	3	0	CCF34	1.575.815	27	0	0	0	0	0	0
37	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S									X								25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	0	14-4	116.727	2	3	0	CCF34	116.727	2	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89668869	04/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$50,776,247	$13.317.400	

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	841.200	0		0		0	0	0	0	841.200	12
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	736.100	0		0		0	0	0	0	736.100	11
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	121.500	0		0		0	0	0	0	121.500	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	63.100	0		0		0	0	0	0	63.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	130.800	0		0		0	0	0	0	130.800	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.727.300	0	0	0	0	0	0		2.727.300	10
230301	Porvenir	800224808-8	3.997.600	0	0	0	0	0	0		3.997.600	15
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.401.200	0	0	0	0	0	0		1.401.200	5

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.195.600				1.195.600	0	0	1.195.600			11.956	1.195.600	30

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.691.800	0	0	1.691.800	26
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	271.000	0	0	271.000	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	2.032.900	2.032.900
Pensión	3	8.126.100	8.126.100
Riesgos Laborales	1	1.195.600	1.195.600
CCF	2	1.962.800	1.962.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	13.317.400	13.317.400

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89668869	04/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$50,776,247	$13.317.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1005148445	ARDILA LUQUE ELISA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1006441872	PINZON MARTINEZ EVELY MARYURI	1	0			S		X															230201	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPS041	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	3	37.000	CCF69	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
3	CC 1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1006820711	CASTELLANOS MORENO JULIETH PAOLA	1	0			S	X																230301	1.342.361	23	214.800	0	0	0	0	EPS017	1.342.361	23	53.700	14-4	1.342.361	23	3	32.700	CCF34	1.342.361	23	53.700	0	0	0	0	0
8	CC 1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 1007344696	ALVARADO BLANCO JESICA JOHANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 1029644365	MERCHAN GUERRERO AZTRID LORENA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
13	CC 1092454414	CASTRILLON DUQUE EDWIN FERNANDO	1	0			S		X															230201	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS037	1.575.815	27	63.100	14-4	1.575.815	27	3	38.400	CCF34	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
14	CC 1110467947	CACERES MAYORGA YINA LIZETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
15	CC 1118567620	BECERRA ROMERO JESICA KATHERIN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF69	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 1121837219	SAAVEDRA JIMENEZ JOSE RONALDO	1	0			S		X															230201	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS017	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
18	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 1121955541	OLAYA CUBIDES YADIRA	1	0			S		X															230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS005	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
21	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
22	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	CC 1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
24	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 1193067525	ROJAS ESGUERRA LEIDY ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
26	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
27	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS002	817.089	14	32.700	14-4	817.089	14	3	0	CCF34	817.089	14	0	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89668869	04/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$50,776,247	$13.317.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
28	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS002	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
29	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS002	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
30	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
31	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
32	CC 40340163	GALINDO RIOS SONIA YOHANA	1	0			S	X																230301	933.816	16	149.500	0	0	0	0	EPS005	933.816	16	37.400	14-4	933.816	16	3	22.800	CCF34	933.816	16	37.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93336791	07/07/2026	29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$38,228,095	$10.241.800	

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	964.400	0		0		0	0	0	0	964.400	14
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	497.900	0		0		0	0	0	0	497.900	9
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	37.500	0		0		0	0	0	0	37.500	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	35.100	0		0		0	0	0	0	35.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.961.400	0	0	0	0	0	0		1.961.400	7
230301	Porvenir	800224808-8	3.250.600	0	0	0	0	0	0		3.250.600	16
25-14	Colpensiones	900336004-7	906.200	0	0	0	0	0	0		906.200	5

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	926.900				926.900	0	0	926.900			9.269	926.900	29

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.451.500	0	0	1.451.500	28

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.745.200	1.745.200
Pensión	3	6.118.200	6.118.200
Riesgos Laborales	1	926.900	926.900
CCF	1	1.451.500	1.451.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	10.241.800	10.241.800

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93336791	07/07/2026	29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$38,228,095	$10.241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1006697262	SANTA HERRERA YURANY ANDREA	1	0			S		X															25-14	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS002	291.818	5	11.700	14-4	291.818	5	3	7.200	CCF34	291.818	5	11.700	0	0	0	0	0
2	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1006820711	CASTELLANOS MORENO JULIETH PAOLA	1	0			S		X															230301	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS017	233.454	4	9.400	14-4	233.454	4	3	5.700	CCF34	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
6	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS002	817.089	14	32.700	14-4	817.089	14	3	0	CCF34	817.089	14	0	0	0	0	0	0
9	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS002	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
10	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS002	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
11	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S																	230201	1.634.178	28	261.500	0	0	0	0	EPS005	1.634.178	28	65.400	14-4	1.634.178	28	3	39.900	CCF34	1.634.178	28	65.400	0	0	0	0	0
12	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S										X							230201	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS005	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	3	0	CCF34	116.727	2	0	0	0	0	0	0
13	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 1122724642	MAMBI GUAMAN ALISSON JULIETH	1	0			S	X	X															230301	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS005	350.181	6	14.100	14-4	350.181	6	3	8.600	CCF34	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
15	CC 1122919791	HURTADO CRUZ DIANA CAROLINA	1	0			S	X																230301	525.272	9	84.100	0	0	0	0	EPS005	525.272	9	21.100	14-4	525.272	9	3	12.800	CCF34	525.272	9	21.100	0	0	0	0	0
16	CC 1072072715	UBAQUE SARMIENTO PAULA VALENTINA	1	0			S	X																230301	875.453	15	140.100	0	0	0	0	EPS041	875.453	15	35.100	14-4	875.453	15	3	21.400	CCF34	875.453	15	35.100	0	0	0	0	0
17	CC 1110467947	CACERES MAYORGA YINA LIZETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 1193067525	ROJAS ESGUERRA LEIDY ALEJANDRA	1	0			S		X															230301	1.050.543	18	168.100	0	0	0	0	EPS005	1.050.543	18	42.100	14-4	1.050.543	18	3	25.600	CCF34	1.050.543	18	42.100	0	0	0	0	0
20	CC 1193067525	ROJAS ESGUERRA LEIDY ALEJANDRA	1	0			S									X								230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS005	58.364	1	0	14-4	58.364	1	3	0	CCF34	58.364	1	0	0	0	0	0	0
21	CC 1193067525	ROJAS ESGUERRA LEIDY ALEJANDRA	1	0			S									X								230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS005	58.364	1	0	14-4	58.364	1	3	0	CCF34	58.364	1	0	0	0	0	0	0
22	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
24	CC 1006827332	RODRIGUEZ ROMERO MARIA ISABEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 1006866520	GARCIA BONILLA YEISON ESTIVEN	1	0			S	X																230301	700.362	12	112.100	0	0	0	0	EPS002	700.362	12	28.100	14-4	700.362	12	3	17.100	CCF34	700.362	12	28.100	0	0	0	0	0
26	CC 1122510399	SANTIAGO AGUDELO DANIELA LUCIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
27	CC 1122511068	GAONA ROMERO INGRID XIOMARA	1	0			S	X																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
28	CC 1019002451	CASTILLO NIÑO ALAN SANTIAGO	1	0			S	X	X															230301	700.362	12	112.100	0	0	0	0	EPS017	700.362	12	28.100	14-4	700.362	12	3	17.100	CCF34	700.362	12	28.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93336791	07/07/2026	29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$38,228,095	$10.241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
29	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
30	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
31	CC 1029644365	MERCHAN GUERRERO AZTRID LORENA	1	0			S	X																25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	3	2.900	CCF34	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0
32	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
33	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
34	CC 1122508716	HERNANDEZ LAISECA JOHAN SYNEDER	19	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	GRANADA	GRA	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94109721	05/08/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$14,738,885	$3.885.500	

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	440.500	0		0		0	0	0	0	440.500	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	9.400	0		0		0	0	0	0	9.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.401.100	0	0	0	0	0	0		1.401.100	5
231001	Colfondos	800227940-6	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	37.400	0	0	0	0	0	0		37.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	346.600				346.600	0	0	346.600			3.466	346.600	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	590.100	0	0	590.100	8

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	590.100	590.100
Pensión	4	2.358.700	2.358.700
Riesgos Laborales	1	346.600	346.600
CCF	1	590.100	590.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.885.500	3.885.500

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	GRANADA	GRA	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94109721	05/08/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$14,738,885	$3.885.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1013263574	TABARES CASTRO MICHELL CATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1023962902	HERRERA BENAVIDES AURA MONICA	1	0			S	X																25-14	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS005	233.454	4	9.400	14-4	233.454	4	3	5.700	CCF34	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
3	CC 1029981897	HORTUA GUERRERO ANA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1120386046	BUITRAGO CORTES LAURA TATIANA	1	0			S	X																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1120559831	GARCIA MARTINEZ ALEJANDRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1123561233	AVILA RIOS GREICY DARYERI	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 40444029	MONTOYA CASTRO MONICA	1	0			S																	230301	1.225.634	21	196.200	0	0	0	0	EPS002	1.225.634	21	49.100	14-4	1.225.634	21	3	29.900	CCF34	1.225.634	21	49.100	0	0	0	0	0
8	CC 40444029	MONTOYA CASTRO MONICA	1	0			S												X					230301	525.272	9	84.100	0	0	0	0	EPS002	525.272	9	21.100	14-4	525.272	9	3	0	CCF34	525.272	9	21.100	0	0	0	0	0
9	CC 1047462218	MONTES DURANGO KEVIN ANDRES	1	0			S																	231001	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS002	4.000.000	30	160.000	14-4	4.000.000	30	3	97.500	CCF34	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES		CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94137746	06/08/2026	28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$44,881,535	$11.956.500	

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	1.109.200	0		0		0	0	0	0	1.109.200	14
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	432.400	0		0		0	0	0	0	432.400	7
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	126.200	0		0		0	0	0	0	126.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	208.000	0		0		0	0	0	0	208.000	3
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.008.200	0	0	0	0	0	0		2.008.200	8
230301	Porvenir	800224808-8	4.119.000	0	0	0	0	0	0		4.119.000	15
231001	Colfondos	800227940-6	270.900	0	0	0	0	0	0		270.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	784.600	0	0	0	0	0	0		784.600	3

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.070.600				1.070.600	0	0	1.070.600			10.706	1.070.600	28

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	1.687.200	0	0	1.687.200	27

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	2.016.000	2.016.000
Pensión	4	7.182.700	7.182.700
Riesgos Laborales	1	1.070.600	1.070.600
CCF	1	1.687.200	1.687.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	11.956.500	11.956.500

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94137746	06/08/2026	28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$44,881,535	$11.956.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003534580	ESCOBAR RAMIREZ ANGELICA MARIANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1006776176	GONZALEZ PARDO JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1006797741	PERILLA RODAS KAREN CELESTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1006799251	MORALES PEÑA LINA MARIA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1019049727	CASTRO MARIN SINDY KATERINE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1072072715	UBAQUE SARMIENTO PAULA VALENTINA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1110467947	CACERES MAYORGA YINA LIZETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1006866520	GARCIA BONILLA YEISON ESTIVEN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 1007695942	PALOMARES BENAVIDES LEIDY	1	0			S	X																231001	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS002	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
10	CC 1121951221	MONROY RODRIGUEZ JEZIKA PAOLA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1121960138	ARDILA DIAZ JENNIFER TATIANA	1	0			S	X																230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPS002	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
12	CC 1024595834	GALEANO SANCHEZ LUISA FERNANDA	1	0			S		X															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
13	CC 1029983840	BEJARANO GUZMAN SOFITH KLAREN	1	0			S	X	X															25-14	1.400.724	24	224.200	0	0	0	0	EPS017	1.400.724	24	56.100	14-4	1.400.724	24	3	34.200	CCF34	1.400.724	24	56.100	0	0	0	0	0
14	CC 1029984923	FRANCO CARDENAS DAVID FERNANDO	1	0			S	X																230301	1.634.178	28	261.500	0	0	0	0	EPS002	1.634.178	28	65.400	14-4	1.634.178	28	3	39.900	CCF34	1.634.178	28	65.400	0	0	0	0	0
15	CC 1122511068	GAONA ROMERO INGRID XIOMARA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 1122919791	HURTADO CRUZ DIANA CAROLINA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 1121821153	GARCIA ROJAS MIRYAM YAJAIRA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 1121896469	ROJAS GUTIERREZ CLARISA YISETH	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 1121944664	BRITO LAYTON NICOLAS FELIPE	1	0			S		X															230301	1.459.088	25	233.500	0	0	0	0	EPS002	1.459.088	25	58.400	14-4	1.459.088	25	3	35.600	CCF34	1.459.088	25	58.400	0	0	0	0	0
20	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	3	0	CCF34	116.727	2	0	0	0	0	0	0
21	CC 40401124	TOVAR BEDOYA ELISABEL	1	0			S										X							25-14	1.634.178	28	261.500	0	0	0	0	EPS002	1.634.178	28	65.400	14-4	1.634.178	28	3	0	CCF34	1.634.178	28	0	0	0	0	0	0
22	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S																	230201	758.726	13	121.400	0	0	0	0	EPS005	758.726	13	30.400	14-4	758.726	13	3	18.500	CCF34	758.726	13	30.400	0	0	0	0	0
23	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S										X							230201	466.908	8	74.800	0	0	0	0	EPS005	466.908	8	18.700	14-4	466.908	8	3	0	CCF34	466.908	8	0	0	0	0	0	0
24	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S										X							230201	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS005	291.818	5	11.700	14-4	291.818	5	3	0	CCF34	291.818	5	0	0	0	0	0	0
25	CC 1121963649	BAUTISTA ORTIZ ANGELA DEL PILAR	1	0			S										X							230201	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS005	233.454	4	9.400	14-4	233.454	4	3	0	CCF34	233.454	4	0	0	0	0	0	0
26	CC 1122506259	GOMEZ LOAIZA CAROLINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
27	CC 1121896413	NEIRA PRIETO MANUEL ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	900434629-1	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES	CL 26C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO	6833822	contabilidadprotegerips@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94137746	06/08/2026	28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$44,881,535	$11.956.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
28	CC 1006825607	BLANDON MENDEZ PAULA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
29	CC 1192751923	HOROPA RODRIGUEZ VICTOR ANDRES	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	3	42.700	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
30	CC 1193131668	HERRERA GUERRERO MARIA ISABEL	1	0			S	X																230301	1.692.542	29	270.900	0	0	0	0	EPSC34	1.692.542	29	67.800	14-4	1.692.542	29	3	41.300	CCF34	1.692.542	29	67.800	0	0	0	0	0
31	CC 1234792033	FARFAN RAMIREZ DANIELA FERNANDA	1	0			S		X															230201	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS005	291.818	5	11.700	14-4	291.818	5	3	7.200	CCF34	291.818	5	11.700	0	0	0	0	0
32	CC 1122508716	HERNANDEZ LAISECA JOHAN SNEYDER	19	0			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN**, identificada con **NI** número **900434629**, aportó por **MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROMERO** identificado(a) con **CC** número **1006827332** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$2,086,000	0.16000	$333,800	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,086,000	0.04000	$83,500	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$2,086,000	0.04000	$83,500	$0	$0	Agosto - 2026	94138390	06/08/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$2,086,000	0.02436	$50,900	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **8** días del mes **Agosto**de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN**, identificada con **NI** número **900434629**, aportó por **DANIELA LUCIA SANTIAGO AGUDELO** identificado(a) con **CC** número **1122510399** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2026 y 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,086,000	0.04000	$83,500	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,086,000	0.16000	$333,800	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$2,086,000	0.04000	$83,500	$0	$0	Agosto - 2026	94138390	06/08/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$2,086,000	0.02436	$50,900	$0	$0	Julio - 2026	94138390	06/08/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **8** días del mes **Agosto** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	277936422	9503524803	I	2026/05/11	2026/05/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	28888062	9498151665	I	2026/02/09	2026/02/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
1	CC	1006698031	HERNANDEZ CARMEN							X										23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	108470425	9500123373	I	2026/03/09	2026/03/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	535141333	9508311380	I	2026/08/11	2026/08/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	441809274	9506688484	I	2026/07/08	2026/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	193715411	9501870043	I	2026/04/10	2026/04/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006698031		HERNANDEZ HERRERA CARMEN NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9B No. 29A-07 Recreo	VILLAVICENCIO-META	6482222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	357400187	9505110084	I	2026/06/09	2026/06/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: COLP 2 (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	1006698031 HERNANDEZ CARMEN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$517,400**	**$0**	**$0**	**$517,400**

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8373545192

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40216059	**Periodo de Cotización Salud**	abril de 2026
Número de planilla	8373545192	**Periodo de Cotización Pensión**	abril de 2026
Fecha pago	2026-04-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	73545192	**Total Pagado**	870700
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8373545192

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8302731630

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
Tipo y número de identificación	CC40216059
Número de planilla	8302731630
Fecha pago	2026-01-08
Número de autorización pago	2731630
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	725600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	13100	1
230301	Porvenir	400000	1
EPS005	Sanitas EPS	312500	1

8302731630

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	2500000	2500000	2500000	0	312500	0	400000	0	13100	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8346075173

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40216059	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2026
Número de planilla	8346075173	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2026
Fecha pago	2026-02-04	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	46075173	**Total Pagado**	870700
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8346075173

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8393269106

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40216059	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2026
Número de planilla	8393269106	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2026
Fecha pago	2026-07-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93269106	**Total Pagado**	870700
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8393269106

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8390092487

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40216059	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2026
Número de planilla	8390092487	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2026
Fecha pago	2026-06-05	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	90092487	**Total Pagado**	870700
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8390092487

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8365081043

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
Tipo y número de identificación	CC40216059
Número de planilla	8365081043
Fecha pago	2026-03-09
Número de autorización pago	65081043
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	870700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

8365081043

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS
No. Identificación: CC40216059
Dirección: CALLE 26 C NO. 37-38 SIETE DE AGOSTO
Telefono: 3214686578
Correo: claudia.galindor@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8380246677

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40216059	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2026
Número de planilla	8380246677	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2026
Fecha pago	2026-05-05	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	80246677	**Total Pagado**	870700
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8380246677

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	15700	1
230301	Porvenir	480000	1
EPS005	Sanitas EPS	375000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40216059
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA GALINDO RIOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	3000000	3000000	3000000	0	375000	0	480000	0	15700	0

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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-02-04, 12:27:08 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1078531994
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	36266057
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-03-06, 07:43:21 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1079342370
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	120247872
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-04, 11:22:22 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1080282940
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	194296282
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-04, 11:45:17 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081713564
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	278182808
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-02, 02:52:21 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081715503
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	358796354
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-07-02, 02:52:08 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082491899
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	443458301
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-08-05, 08:15:18 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2026
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1083219705
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	542399804
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-03, 11:07:31 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	FELISA PEREZ CALDERON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1047422687
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070741811
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1307313680
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	$ 742.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 300.000	$ 0
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 58.500	$ 0
		SubTotales:		$ 742.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 10B SUR 18-82	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	45222294	9499388244	I	2026/02/06	2026/02/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$745,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
1	CC	40341026	CASTRO MAGDA								X		X							23020 1	30	$2,400,000	$384,000	EPS008	30	$2,400,000	$300,000	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,400,000	1.044%	$25,100	30	$0	$0	No	$744,200
Total	**Afiliados(1)**																				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$800	$0	$384,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$384,000	$800	$0	$384,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$100	$0	$25,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$25,100	$100	$0	$25,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$100	$0	$35,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$100	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$600	$0	$300,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$300,000	$600	$0	$300,600
TOTAL				**1**	**$744,200**	**$1,600**	**$0**	**$745,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	115288108	9501085322	I	2026/03/06	2026/03/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$832,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
1	CC	40341026 CASTRO MAGDA										X								23020 1	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$337,500	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,700,000	1.044%	$28,200	30	$0	$0	No	$832,800
Total		**Afiliados(1)**																			$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$432,000	$0	$0	$432,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$432,000	$0	$0	$432,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,200	$0	$0	$28,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,200	$0	$0	$28,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$0	$0	$337,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$337,500	$0	$0	$337,500
TOTAL				**1**	**$832,800**	**$0**	**$0**	**$832,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	207238062	9502868849	I	2026/04/09	2026/04/08	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$832,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
1	CC	40341026 CASTRO MAGDA									X									230201	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$337,500	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,700,000	1.044%	$28,200	30	$0	$0	No	$832,800
Total	**Afiliados(1)**																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$432,000	$0	$0	$432,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$432,000	$0	$0	$432,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,200	$0	$0	$28,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,200	$0	$0	$28,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$0	$0	$337,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$337,500	$0	$0	$337,500
TOTAL				**1**	**$832,800**	**$0**	**$0**	**$832,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	295203712	9504531405	I	2026/05/08	2026/05/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$746,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200
1	CC	40341026	CASTRO MAGDA									X								23020 1	30	$2,400,000	$384,000	EPS008	30	$2,400,000	$300,000	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,400,000	1.044%	$25,100	30	$0	$0	No	$744,200
Total		**Afiliados(1)**																			$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$1,750,905	$35,100			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$744,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$900	$0	$384,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$384,000	$900	$0	$384,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$100	$0	$25,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$25,100	$100	$0	$25,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$100	$0	$35,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$100	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$700	$0	$300,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$300,000	$700	$0	$300,700
TOTAL				**1**	**$744,200**	**$1,800**	**$0**	**$746,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	364872082	9506027608	I	2026/06/05	2026/06/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$685,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$1,750,905	$35,100			$2,200,000		$23,000		$0	$0		$685,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$1,750,905	$35,100			$2,200,000		$23,000		$0	$0		$685,100
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$1,750,905	$35,100			$2,200,000		$23,000		$0	$0		$685,100
1	CC	40341026	CASTRO MAGDA									X								23020 1	30	$2,200,000	$352,000	EPS008	30	$2,200,000	$275,000	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,200,000	1.044%	$23,000	30	$0	$0	No	$685,100
Total		**Afiliados(1)**																			$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$1,750,905	$35,100			$2,200,000		$23,000		$0	$0		$685,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,000	$0	$0	$23,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$23,000	$0	$0	$23,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				**1**	**$685,100**	**$0**	**$0**	**$685,100**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	457139564	9507621214	I	2026/07/06	2026/07/06	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$832,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800
1	CC	40341026	CASTRO MAGDA									X								23020 1	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$337,500	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,700,000	1.044%	$28,200	30	$0	$0	No	$832,800
Total	**Afiliados(1)**																				$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$1,750,905	$35,100			$2,700,000		$28,200		$0	$0		$832,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$432,000	$0	$0	$432,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$432,000	$0	$0	$432,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,200	$0	$0	$28,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,200	$0	$0	$28,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$0	$0	$337,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$337,500	$0	$0	$337,500
TOTAL				**1**	**$832,800**	**$0**	**$0**	**$832,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40341026		CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 Este, 36-231 Bosques de abajam 3	VILLAVICENCIO-META	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	551167597	9509289797	I	2026/08/10	2026/08/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$773,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$1,750,905	$35,100			$2,500,000		$26,100		$0	$0		$773,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$1,750,905	$35,100			$2,500,000		$26,100		$0	$0		$773,700
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$1,750,905	$35,100			$2,500,000		$26,100		$0	$0		$773,700
1	CC	40341026	CASTRO MAGDA									X								23020 1	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$312,500	CCF34	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$2,500,000	1.044%	$26,100	30	$0	$0	No	$773,700
Total		**Afiliados(1)**																			$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$1,750,905	$35,100			$2,500,000		$26,100		$0	$0		$773,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$400,000	$0	$0	$400,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,100	$0	$0	$26,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$26,100	$0	$0	$26,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,500	$0	$0	$312,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$312,500	$0	$0	$312,500
TOTAL				**1**	**$773,700**	**$0**	**$0**	**$773,700**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	42164184	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES		calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	42164184	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	218.900	14-4	1.751.000	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56343324	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56343324	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70548727	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70548727	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77909474	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	326483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77909474	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85879732	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85879732	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92928085	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92928085	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93790645	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$517.400	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1061813134	MAIRA ALEJANDRA GARCIA BENAVIDES	calle 46 # 55 - 64	3206483482	alejandra.528@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93790645	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1061813134	GARCIA BENAVIDES MAIRA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.751.000	30	218.900	14-4	1.751.000	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BANCO GNB SUDAMERIS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6004625978**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		94948647

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 314.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 314.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 246.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 246.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1	$ 48.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 48.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 603.500**
VALOR MORA:	**$ 5.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 609.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6008947244**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		170690233

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 314.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 314.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 245.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 245.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1	$ 48.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 48.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 603.500**
VALOR MORA:	**$ 5.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 608.700**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67 BOSQUES DE MOREL	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6013160198**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		43			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		345701771

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 312.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.500	$ 0	$ 312.100	$ 9.500	$ 321.600
SUBTOTALES:										**$ 312.100**	**$ 9.500**	**$ 321.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 243.800	$ 0	$ 7.400	$ 0	$ 243.800	$ 7.400	$ 0	$ 251.200
SUBTOTALES:													**$ 243.800**	**$ 7.400**	**$ 0**	**$ 251.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 47.600	$ 47.600	$ 1.500	$ 0	$ 49.100
SUBTOTALES:									**$ 47.600**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 49.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79167563	FORERO GOMEZ OSCAR FRANCISCO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.950.400				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.950.400	$ 312.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 312.100	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.950.400	$ 243.800	$ 0	$ 243.800	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	30	$ 1.950.400	79167563	$ 47.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 621.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6021719595**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		46			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		432512424

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 322.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 322.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 252.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 252.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1	$ 49.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 49.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 603.500**
VALOR MORA:	**$ 20.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 623.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67 BOSQUES DE MOREL	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6025719808**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	15				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	438632502

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 312.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 312.100	$ 3.500	$ 315.600
SUBTOTALES:										**$ 312.100**	**$ 3.500**	**$ 315.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 243.800	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 243.800	$ 2.700	$ 0	$ 246.500
SUBTOTALES:													**$ 243.800**	**$ 2.700**	**$ 0**	**$ 246.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 47.600	$ 47.600	$ 600	$ 0	$ 48.200
SUBTOTALES:									**$ 47.600**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 48.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 79167563	FORERO GOMEZ OSCAR FRANCISCO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.950.400				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.950.400	$ 312.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 312.100	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.950.400	$ 243.800	$ 0	$ 243.800	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	30	$ 1.950.400	79167563	$ 47.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 610.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6025989384**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		516422440

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 315.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 315.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 246.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 246.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1	$ 48.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 48.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 603.500**
VALOR MORA:	**$ 5.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 609.400**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79167563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRR4 ESTE 17-74 CASA 67	TELÉFONO:	6604309
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6029523444**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		586953998

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 313.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 313.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 245.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 245.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A	1	$ 47.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 47.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 603.500**
VALOR MORA:	**$ 3.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 606.500**

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		43815591	03/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		43815591	03/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003317601	VILLAZON RAMIREZ DIANA PATRICIA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		47114483	05/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$518.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	2	300	0	219.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	2	400	0	280.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	2	100	18.400			183	18.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.200
Pensión	1	280.200	280.600
Riesgos Laborales	1	18.300	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	518.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		47114483	05/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$518.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003317601	VILLAZON RAMIREZ DIANA PATRICIA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79630150	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$517.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79630150	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003317601	VILLAZON RAMIREZ DIANA PATRICIA	59	0			N		X															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75046197	23/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$523.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	17	2.600	0	221.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	17	3.300	0	283.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	18.300				18.300	17	300	18.600			183	18.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.500
Pensión	1	280.200	283.500
Riesgos Laborales	1	18.300	18.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	523.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003317601	DIANA PATRICIA VILLAZON RAMIREZ	Calle 27 #44C - 162	3138905404	dianavillazon03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75046197	23/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$523.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003317601	VILLAZON RAMIREZ DIANA PATRICIA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94256757	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94256757	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001782896	OCAMPO GARCIA SULIBETH	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89854177	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$416.100	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	167.800	0		0		0	2	300	0	168.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	214.800	0	0	0	0	2	400	0	215.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	32.700				32.700	2	100	32.800			327	32.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	167.800	168.100
Pensión	1	214.800	215.200
Riesgos Laborales	1	32.700	32.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	415.300	416.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89854177	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$416.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001782896	OCAMPO GARCIA SULIBETH	59	0			N	X																25-14	1.342.361	23	214.800	0	0	0	0	ESSC24	1.342.361	23	167.800	14-4	1.342.361	23	3	32.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93642954	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$541.800	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93642954	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001782896	OCAMPO GARCIA SULIBETH	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93642954	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$541.800	

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001782896	SULIBETH OCAMPO GARCIA	Cl 25 36 75	3043769875	sulibeth03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93642954	23/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001782896	OCAMPO GARCIA SULIBETH	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	218.900	14-4	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140867194		ISSA MUNZON ALEJANDRO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 5 # 3-10	EL PIÑON-MAGDALENA	3232935657	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	92778231	9497508680	I	2026/02/23	2026/02/26	NEQUI	3	$769,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$27,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$27,200		$0	$0
Ciudad: EL PIÑON Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$27,200		$0	$0
1	CC	1140867194	ISSA ALEJANDRO	231001	30 $2,600,000	$416,000	EPS002	30	$2,600,000	$325,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,600,000	$27,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$27,200		$0	$0

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140867194		ISSA MUNZON ALEJANDRO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 5 # 3-10	EL PIÑON-MAGDALENA	3232935657	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	92778231	9497508680	I	2026/02/23	2026/02/26	NEQUI	3	$769,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,000	$800	$0	$416,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$416,000	$800	$0	$416,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,200	$100	$0	$27,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$27,200	$100	$0	$27,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$700	$0	$325,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$325,000	$700	$0	$325,700
TOTAL				1	$768,200	$1,600	$0	$769,800

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121898551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 5 D 39 45 VILLA BOLIVAR	TELÉFONO:	6600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4639071649**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/19		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995448972	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 0**	**$ 384.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES											
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1121898551	FORERO MENDEZ SANDRA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.400.000	112189855	$ 58.500	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 742.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121898551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 5 D 39 45 VILLA BOLIVAR	TELÉFONO:	6600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4639568020**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995660544		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 0**	**$ 384.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
																												PENSIÓN									SALUD						ARP																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1121898551	FORERO MENDEZ SANDRA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.400.000	112189855	$ 58.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 742.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121898551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 5 D 39 45 VILLA BOLIVAR	TELÉFONO:	6600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4642128589**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996107250

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 0**	**$ 384.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1121898551	FORERO MENDEZ SANDRA VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.400.000	112189855	$ 58.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 742.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121898551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 5 D 39 45 VILLA BOLIVAR	TELÉFONO:	6600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4647373565**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996367935

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000
SUBTOTAL:			1	**$ 384.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 300.000
SUBTOTAL:			1	**$ 300.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 58.500
SUBTOTAL:			1	**$ 58.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 742.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 742.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121898551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA VIVIANA FORERO MENDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 5 D 39 45 VILLA BOLIVAR	TELÉFONO:	6600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4649799934**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996629815

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000
SUBTOTAL:			1	**$ 384.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 300.000
SUBTOTAL:			1	**$ 300.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 58.500
SUBTOTAL:			1	**$ 58.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 742.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 742.500**

Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	182251029	9502459590	I	2026/04/23	2026/03/31	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
1	CC	1065647089	ANAYA FIORELLA	231001	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	182251029	9502459590	I	2026/04/23	2026/03/31	BANCOLOMBIA	0	$742,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				1	$742,500	$0	$0	$742,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	259219832	9502512590	I	2026/05/25	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
1	CC	1065647089 ANAYA FIORELLA	231001	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	259219832	9502512590	I	2026/05/25	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	$742,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				1	$742,500	$0	$0	$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	335222697	9505333216	I	2026/06/23	2026/05/25	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
1	CC	1065647089	ANAYA FIORELLA																	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	2.436%	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$0**	**$0**	**$742,500**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	421156524	9505764492	I	2026/07/22	2026/06/25	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
1	CC	1065647089	ANAYA FIORELLA																	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	2.436%	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$0**	**$0**	**$742,500**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065647089		ANAYA SERRANO FIORELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 16a#6-35	VALLEDUPAR-CESAR	5743171	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	513932799	9507371834	I	2026/08/25	2026/07/27	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
1	CC	1065647089	ANAYA FIORELLA																	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	2.436%	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$0**	**$0**	**$742,500**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-86082702 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	1	384.000	300	384.300
Período salud:	2026-06	EPS005	800251440	SANITAS	1	1	300.000	300	300.300
Planilla Nro.:	37855505 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	1	58.500	100	58.600
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	1	0	0	0
Fecha transacción:	2026-07-03	PASENA	899999034	SENA	0	1	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	1	0	0	0
Transacción:	445637990	PAESAP	899999054	ESAP	0	1	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	1	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 743.200

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ESTEBAN SANTAMARIA AGUSTINO
IDENTIFICACIÓN:	CC-86082702
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-08-04
FECHA DE PAGO:	2026-07-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-07
PERÍODO SALUD:	2026-07
NÚMERO PLANILLA:	38133990
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38133990
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 300.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 384.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.500	$ 58.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.500	$ 742.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/09/2026

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121830996		REY CRUZ NELLY MARYERI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 19 C 18 29	VILLAVICENCIO-META	6828284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	503577123	9507467208	I	2026/07/24	2026/07/23	NEQUI	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC	1121830996	REY NELLY	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121830996		REY CRUZ NELLY MARYERI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 19 C 18 29	VILLAVICENCIO-META	6828284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	503577123	9507467208	I	2026/07/24	2026/07/23	NEQUI	0	$517,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$517,400

Certificado de Aportes

Se certifica que ALIX JOHANA ROJAS RUIZ identificado(a) con CC1121820184 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9507793156	478616916	E	2026-07-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-07	1													L					$221,960	4%	$8,900
9507793156	478616916	E	2026-07-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-07	27																		$5,992,911	4%	$239,800
9507793156	478616916	E	2026-07-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-07	2											X							$295,947	4%	$11,900
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	1													L					$221,960	16%	$35,600
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	27																		$5,992,911	16%	$958,900
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	2											X							$295,947	16%	$47,400
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-06	1													L					$221,960		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-06	27																		$5,992,911		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-06	2											X							$295,947		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-06	1													L					$221,960		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-06	27																		$5,992,911		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-06	2											X							$295,947		$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-06	1													L							$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-06	27																				$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-06	2											X									$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-06	1													L							$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-06	27																				$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-06	2											X									$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	1													L					$221,960	0%	$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	27																		$5,992,911	0.522%	$31,300
9507793156	478616916	E	2026-07-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	2											X							$295,947	0%	$0
9507793156	478616916	E	2026-07-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	1													L					$221,960	4%	$8,900
9507793156	478616916	E	2026-07-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	27																		$5,992,911	4%	$239,800
9507793156	478616916	E	2026-07-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	2											X							$295,947	0%	$0

Este certificado se expide el día 2026-07-31 a las 10:47.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

VILLAVICENCIO, META, 06/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **PROTEGER IPS** con **NIT 900.434.629-1** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
Número 098470021613

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cuentas bancarias de tercero

Usuario Solicitante:	MHiyaceved	Isbel Yanira Acevedo Duran
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante	15-01-05-004	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2
Fecha y Hora Sistema:	2026-09-08-11:02 a. m.	

Tipo Doc. Identidad	Número Documento Identidad	Nombre del Tercero	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta Bancaria	Número de Cuenta Bancaria	Nombre Cuenta Bancaria	Tipo de Moneda	Sucursal	Estado de la Cuenta	Vigencia de utilización de Cta Bancaria en la U/S Ejecutora
Unidad ó SubUnidad Ejecutora 15-01-05-004-FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2										
NIT	900434629	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Ahorro	098470021613	PROTEGER IPS	Pesos		Activa	2026/12/12

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHiyaceved	Isbel Yanira Acevedo Duran
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-004	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2
Fecha y Hora Sistema:	8/09/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	220626	**Fecha Registro:**	2026-09-08	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-05-004 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	6126	**Nro. Cdp:**	1226	
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Antes del Iva:	3.815.800,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	3.815.800,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00	
TERCERO								
Identificación:	900434629	**Razón Social:**	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	FEHB28285	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-09-08

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
6	OFICIO
9	CONTRATO
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
13	CUMPLIDO DE REQUERIMIENTOS DE NECESIDADES TECNICAS
17	FACTURA

Objeto.:	CONTRATO No. No. 052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025 EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD

ACEVEDO DURAN ISBEL YANIRA

Firmado digitalmente por ACEVEDO DURAN ISBEL YANIRA

FIRMA(S) RESPONSABLE(S):

	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:	**CACOM-2**
Nombre del Supervisor de Contrato	**T1. DUARTE ROA JULIO CESAR**
Ordenador del Gasto	**CACOM-2**
No. Contrato	**052-00-E-CACOM-2-DEDHU- 2025**
Objeto del contrato	**"EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD"**
Valor inicial del contrato	**$ 18.500.000,00**
Adición	**$ 9.250.000,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 27.750.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
02-02-02-009-003-01	10	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD CACOM 2	**$ 1.500.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2025**					**$ 1.500.000,00**
02-02-02-009-003-01	10	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	JEAPE - VF - 2026 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES CACOM-2	**$ 26.250.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 26.250.000,00**
TOTAL VIGENCIAS 2025-2026					**$ 27.750.000,00**
			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	DICIEMBRE 2025 Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2026	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-10	N/A	EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD CACOM 2	$ 1.500.000,00	$ 1.500.000,00	$ 0,00
				02-02-02-009-003-01-10	N/A	JEAPE - VF - 2026 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES CACOM-2	$ -	$ 0,00	$ 26.250.000,00
2	PAC SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-10	N/A	JEAPE - VF - 2026 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES CACOM-2	$ 3.815.800,00	$ 3.815.800,00	$ 22.434.200,00
TOTALES							**$ 5.315.800,00**	**$ 5.315.800,00**	**$ 22.434.200,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	T1. DUARTE ROA JULIO CESAR
FECHA	31/07/2026

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHhgaravit	Henry Eduardo Garavito Jimenez
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-004	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2
Fecha y Hora Sistema:	2026-09-11-4:09 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1226 de fecha 2026-01-06. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	6126	**Fecha Registro:**	2026-01-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-05-004 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	17.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	9.250.000,00			**Valor Actual:**	26.250.000,00	**Saldo x Obligar:**	26.250.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900434629	**Razón Social:**	LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	098470021613	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	79948420	**Nombre:**	SOURBIER OCAMPO MUÑOZ	**Cargo:**	SEGUNDO COMANDANTE Y JEFE DE ESTADO MAYOR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 2

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	052-00-E-CACOM-2-DEDHU-2025	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2026-04-30

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
004 COMANDO AEREO DE COMBATE No.2	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	10	CSF	2026-04-30	17.000.000,00	9.250.000,00		
					Total:	17.000.000,00	9.250.000,00	26.250.000,00	26.250.000,00

Objeto:	A-02-02-02-009-003-EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
004	COMANDO AEREO DE COMBATE No.2	1-2	ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2026-09-01	3.815.800,00	3.815.800,00	NINGUNO
004	COMANDO AEREO DE COMBATE No.2	1-2	ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2026-12-01	22.434.200,00	22.434.200,00	NINGUNO

LINA MARCELA RAMOS GORDILLO

Firmado digitalmente por LINA MARCELA RAMOS GORDILLO

CT. RAMOS GORDILLO LINA MARCELA
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES - BIZAGI

Ordenador del gasto: Código objeto contractual:	CACOM 2 2026 - CACOM 200002	VF 2026 EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERSONAL CIVIL Y UN PERSONAL MILITAR Y EXÁMENES MÉDICOS POS INCAPACIDAD	Vigencia: Fecha:	28/04/2026

Código Recurso	Proyecto Inversión	Producto Inversión	Código desagregado	Uso presupuestal	Descripción Uso presupuestal	Descripción	Código UNSPSC	Modalidad contratación	Unidad medida	Cantidad	Valor unitario	Suma de Valor total línea
Vigencia: 2026												
R-10			02-02-02-009-003	02-02-02-009-003-01	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	JEAPE - VF - 2026 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES CACOM-2	85121502	LICITACIÓN PÚBLICA	Unidad	1,00	26,250,000.00	26,250,000.00
											Total 02-02-02-009-003	**$ 26.250.000,00**
											Total Vigencia	**$ 26.250.000,00**

Total CPA: $ 26.250.000,00

Observaciones:

Elaboró



_____
PD6. JAIRO ALBERTO CASTRO RODRIGUEZ
PROFESIONAL PRESUPUESTAL

Nota: Documento generado en Bizagi el día 28/04/2026 10:58 a. m. mediante caso CPA - 17929

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227767445

(415)7707212489984(8020) **000014122776744 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 4 3 4 6 2 9	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 1 0 5 1 0		-
2	8 0	2 0 1 6 0 7 0 8		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141227767445

(415)7707212489984(8020) 000014122776744 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 3 4 6 2 9	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

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
LABORATORIO CLINICO PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
	PROTEGER IPS S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CL 26 C 37 38 BRR SIETE DE AGOSTO

42. Correo electrónico gerente@protegerips.com

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

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 2 1	2 0 1 1 0 5 1 0	4 7 7 3	2 0 2 2 0 6 0 1		8 6 9 9	4 7 7 4		2 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 GALINDO RIOS CLAUDIA PATRICIA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26999**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	MH031				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16383***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGRÓMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH031	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

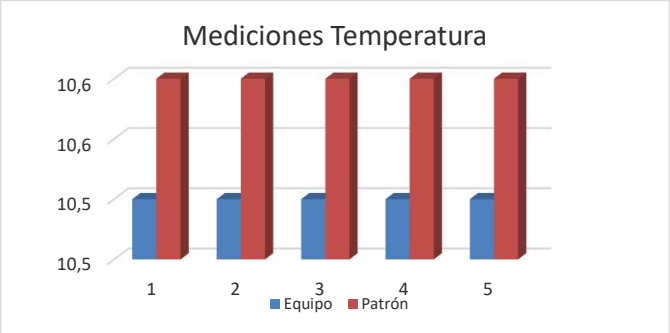
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16383 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
VALOR EN PATRÓN °C	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6
ERROR ABS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ERROR %.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	10,5

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,1

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,393

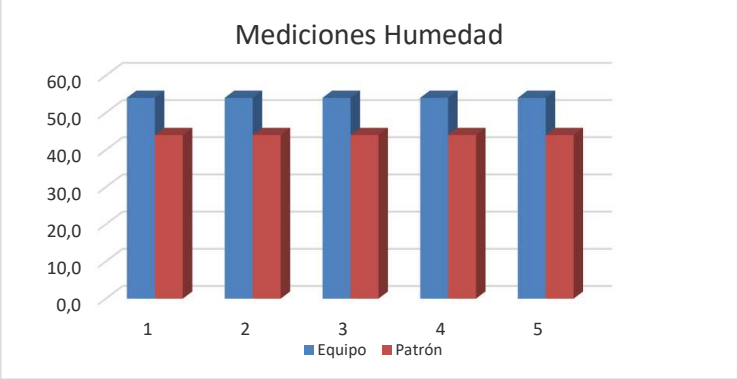
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16383 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	54,0	54,0	54,0	54,0	54,0
VALOR EN PATRÓN %	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
ERROR ABS	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
ERROR %.	-14,3	-14,3	-14,3	-14,3	-14,3

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	44,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-10,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	11,635

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27010**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	MH0106				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16378***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0106	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26

Procedimiento: *Procedure*: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire

Calibró: *Calibrated by*: **MAURICIO ESQUIVEL**, INGENIERO DE SERVICIO

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

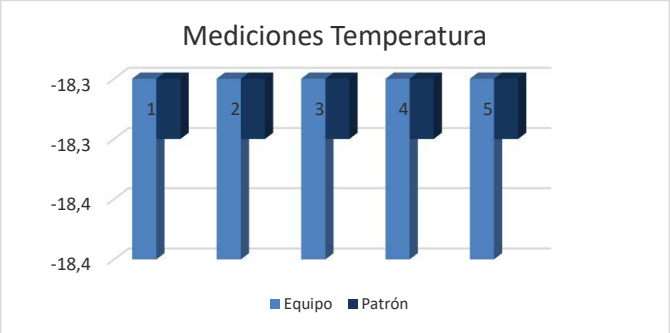
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16378 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	-18,4	-18,4	-18,4	-18,4	-18,4
VALOR EN PATRÓN °C	-18,3	-18,3	-18,3	-18,3	-18,3
ERROR ABS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ERROR %.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-18,4

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,1

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,393

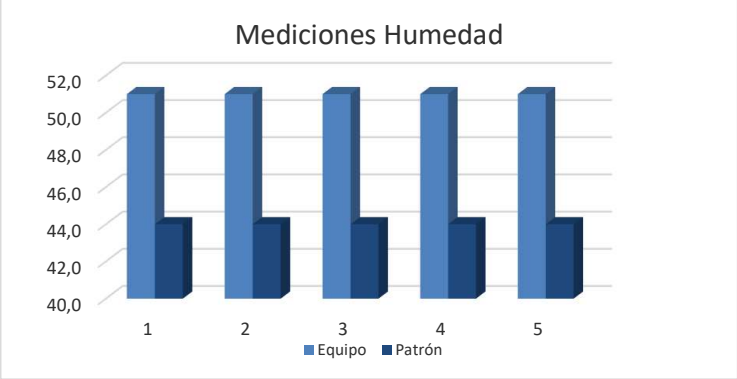
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16378 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0
VALOR EN PATRÓN %	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
ERROR ABS	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0
ERROR %.	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	44,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-7,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	8,208

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26998**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	MH0132				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16392***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0132	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

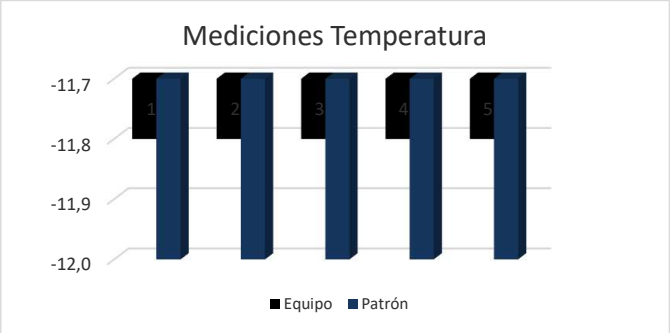
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16392 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	-11,8	-11,8	-11,8	-11,8	-11,8
VALOR EN PATRÓN °C	-12,0	-12,0	-12,0	-12,0	-12,0
ERROR ABS	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
ERROR %.	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-11,8

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,2

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,441

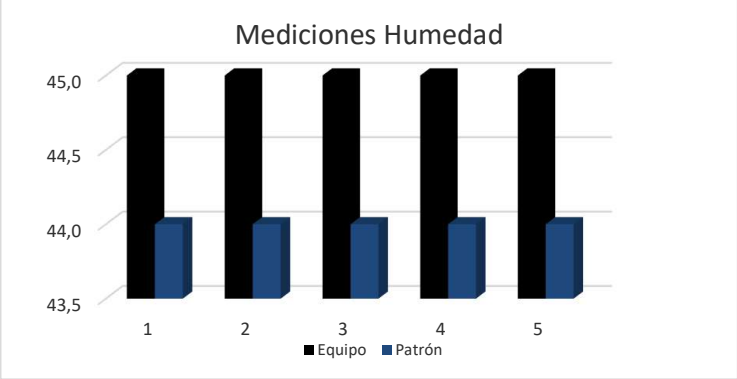
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16392 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
VALOR EN PATRÓN %	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	44,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-1,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	4,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27009**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	TA 318			**Serie**	MH0070				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16379***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	TA 318	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0070	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

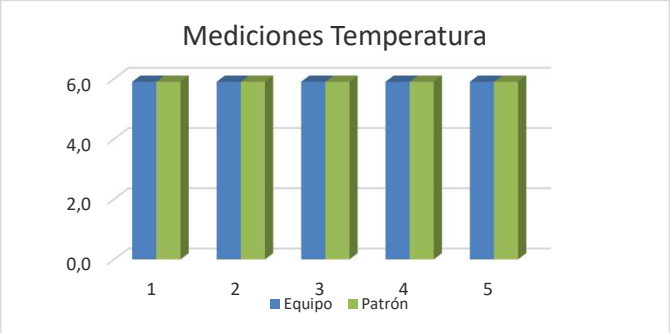
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16379 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
VALOR EN PATRÓN °C	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	5,9

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,376

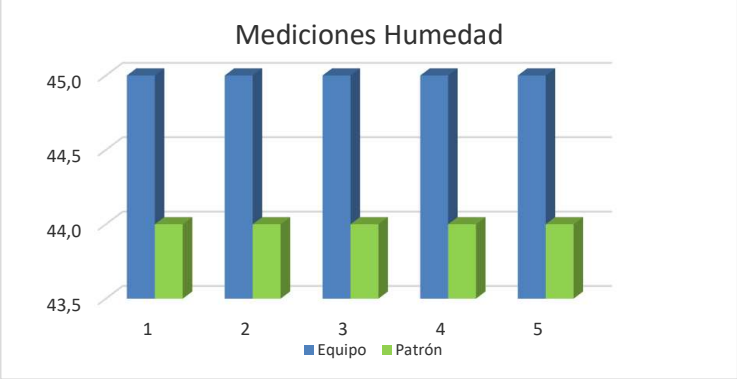
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16379 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0
VALOR EN PATRÓN %	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	44,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-1,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27008**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	TA 318			**Serie**	MH0083				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16382***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGRÓMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	TA 318	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0083	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

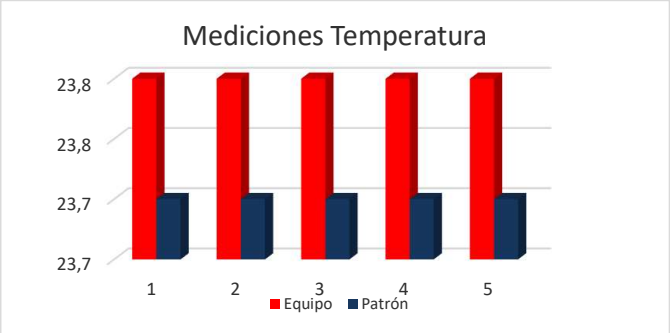
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16382 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	23,8	23,8	23,8	23,8	23,8
VALOR EN PATRÓN °C	23,7	23,7	23,7	23,7	23,7
ERROR ABS	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
ERROR %.	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	23,8

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,1

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,393

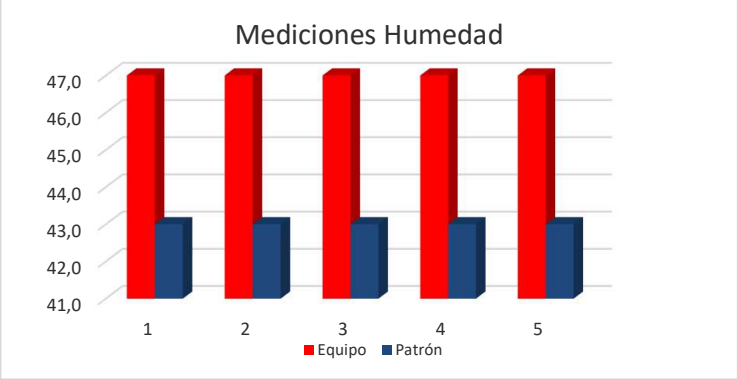
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16382 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0
VALOR EN PATRÓN %	43,0	43,0	43,0	43,0	43,0
ERROR ABS	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0
ERROR %.	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	43,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-4,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	4,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26939**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	MH0003				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16361***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0003	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

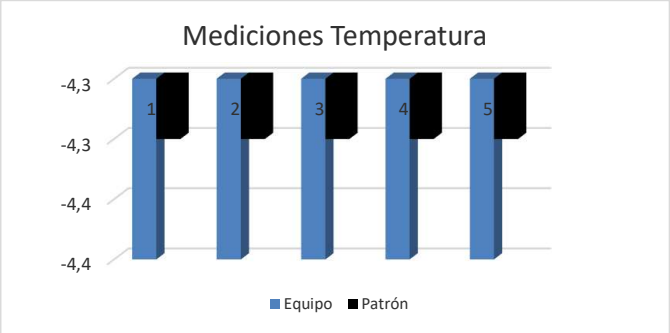
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16361 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	-4,4	-4,4	-4,4	-4,4	-4,4
VALOR EN PATRÓN °C	-4,3	-4,3	-4,3	-4,3	-4,3
ERROR ABS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ERROR %.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-4,4

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,1

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,393

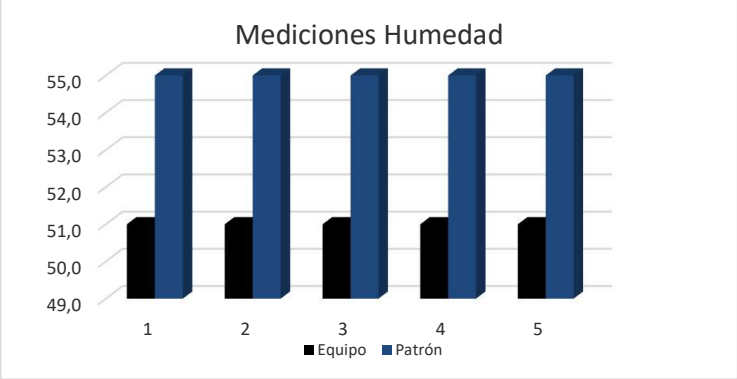
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16361 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0
VALOR EN PATRÓN %	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
ERROR ABS	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
ERROR %.	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	55,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	4,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	4,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26938**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	N/R				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16375***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	N/R	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

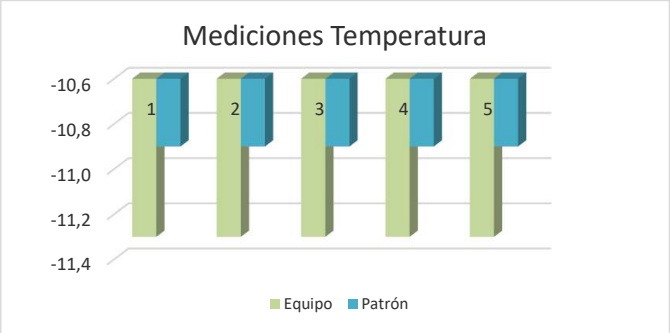
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16375 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	-11,3	-11,3	-11,3	-11,3	-11,3
VALOR EN PATRÓN °C	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9
ERROR ABS	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
ERROR %.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-11,3

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,4

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,596

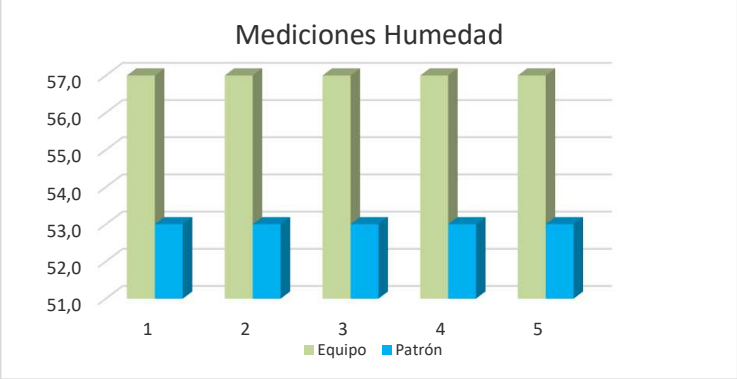
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16375 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	57,0	57,0	57,0	57,0	57,0
VALOR EN PATRÓN %	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0
ERROR ABS	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0
ERROR %.	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	53,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-4,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	4,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26974**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	N/R				
Modelo	HTC-2			**Serie**	MH0002				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16376***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	HTC-2	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0002	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

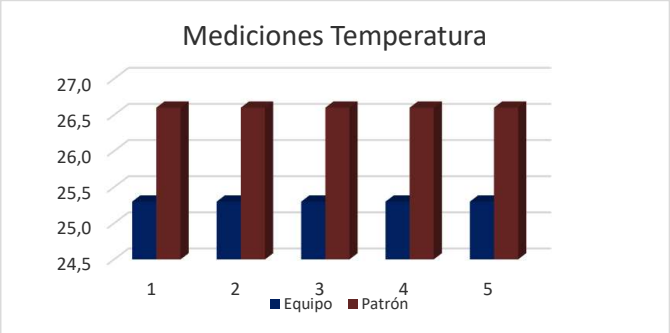
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16376 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	25,3	25,3	25,3	25,3	25,3
VALOR EN PATRÓN °C	26,6	26,6	26,6	26,6	26,6
ERROR ABS	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
ERROR %.	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	25,3

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	1,3

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,547

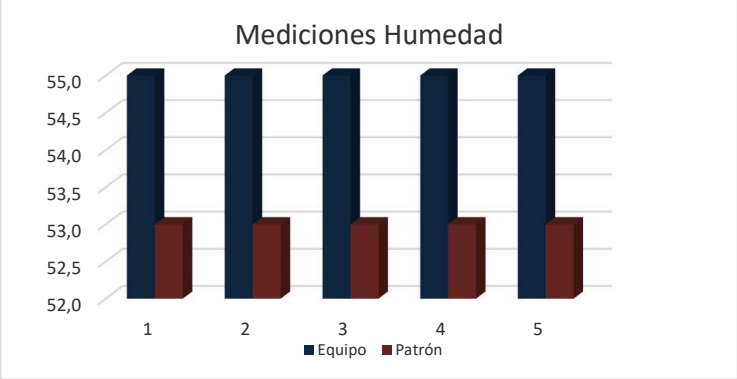
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16376 Fecha: 29-abr-26 página 3 de 3



VALOR EN EQUIPO %	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
VALOR EN PATRÓN %	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0
ERROR ABS	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
ERROR %.	-2,9	-2,9	-2,9	-2,9	-2,9

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	53,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-2,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	2,714

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27265**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	HERAL & BARNES				
Modelo	N/R			**Serie**	MH0212				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	FARMACIA	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo		**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

VERIFICAIÓN DE FUNCIONAMIENTO

OBSERVACIONES

DADO DE BAJA

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27267**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	HERAL & BARNES				
Modelo	N/R			**Serie**	MH0213				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16481***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGROMÉTRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HERAL & BARNES	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	N/R	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0213	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

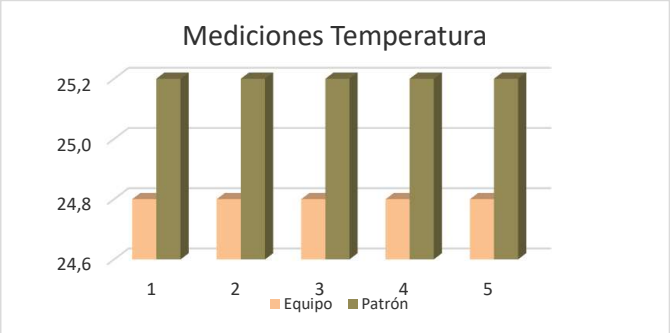
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16481 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	24,8	24,8	24,8	24,8	24,8
VALOR EN PATRÓN °C	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2
ERROR ABS	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
ERROR %.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	24,8

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,4

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,376

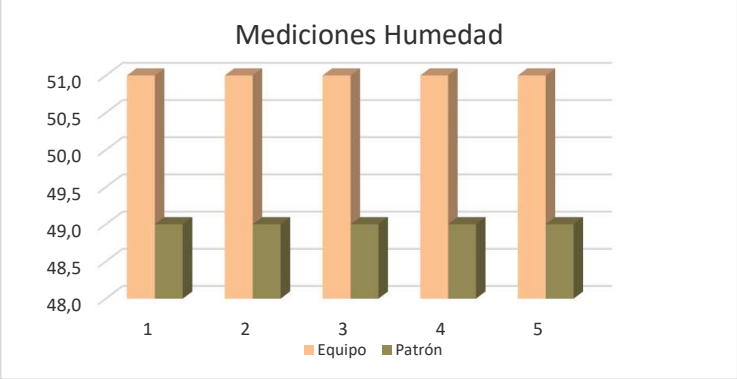
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16481 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0
VALOR EN PATRÓN %	49,0	49,0	49,0	49,0	49,0
ERROR ABS	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
ERROR %.	-2,9	-2,9	-2,9	-2,9	-2,9

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	49,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-2,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,425

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27264**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	HERAL & BARNES				
Modelo	N/R			**Serie**	MH0225				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16490***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGRÓMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HERAL & BARNES	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	N/R	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0225	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

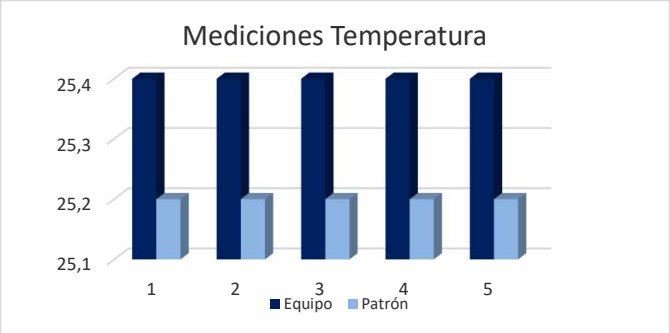
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16490 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	25,4	25,4	25,4	25,4	25,4
VALOR EN PATRÓN °C	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2
ERROR ABS	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
ERROR %.	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	25,4

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,2

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,596

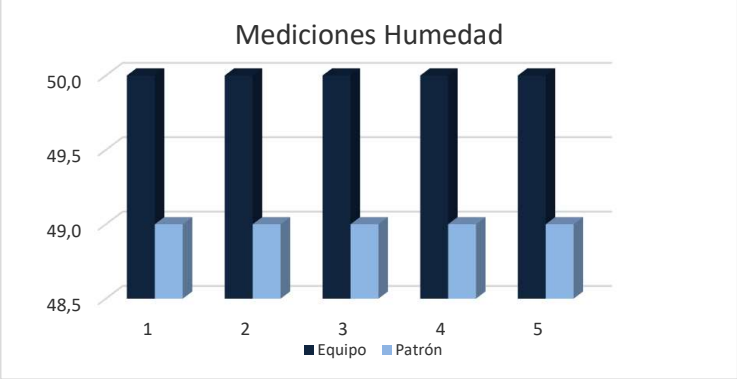
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16490 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
VALOR EN PATRÓN %	49,0	49,0	49,0	49,0	49,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	49,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-1,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	2,714

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27266**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMOHIGRÓMETRO			**Marca**	HERAL & BARNES				
Modelo	N/R			**Serie**	MH0224				
Voltaje	1,5 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	FARMACIA	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16489***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	TERMOHIGRÓMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HERAL & BARNES	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	N/R	**Rango:** *Range:*	(-10°C ~ +50°C) (10% ~ 99% RH)
Número de Serie: *Serial Number:*	MH0224	**Resolución:** *Resolution:*	(1°C) (1% RH)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** *Telephone Number*	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-007 para la calibración de medidores de condiciones ambientales de temperatura y humedad del aire		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

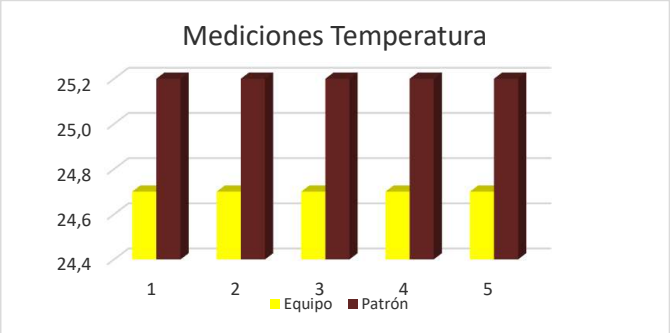
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16489 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	24,7	24,7	24,7	24,7	24,7
VALOR EN PATRÓN °C	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2
ERROR ABS	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
ERROR %.	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	24,7

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,5

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,441

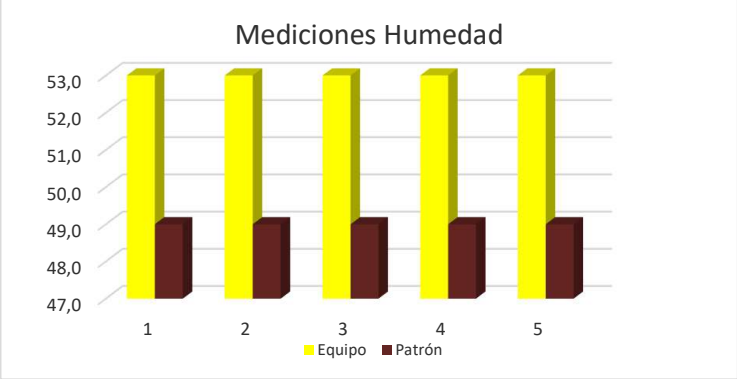
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16489 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0
VALOR EN PATRÓN %	49,0	49,0	49,0	49,0	49,0
ERROR ABS	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0
ERROR %.	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7	-5,7

Resultados de la medición.

Prom IBC %HR	49,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %HR	-4,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,834

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26973**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	NEVERA			**Marca**	CHALLENGER				
Modelo	REF CR152			**Serie**	170711-00811				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16359***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: NEVERA
Device

Fabricante: CHALLENGER
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: REF CR152
Model

Rango: ###
Range:

Número de Serie: 170711-00811
Serial Number:

Resolución: N/A
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-001 para la calibración de termómetro digitales, Nordtest method NT VVS 103
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

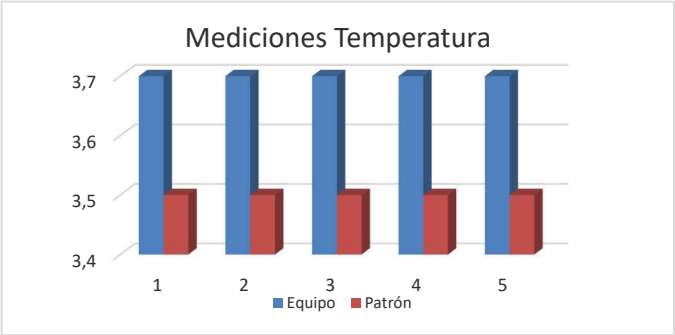
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16359 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	INDICADOR DE TEMPERATURA DIGITAL CON TERMOPAR TIPO K	**Marca**	NO REPORTA	**Certificado por:**	FYH
Modelo	NO REPORTA	**Serie**	22076108-1000700009	**Número de Certificado**	TC-26985/6

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
VALOR EN PATRÓN °C	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
ERROR ABS	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
ERROR %.	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	3,7

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,2

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,067

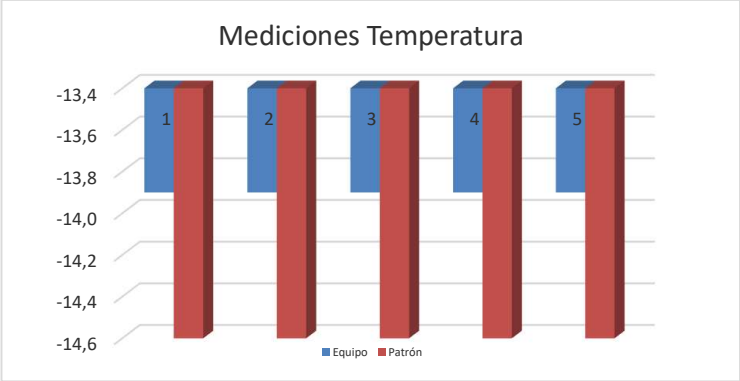
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16359 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO °C	-13,9	-13,9	-13,9	-13,9	-13,9
VALOR EN PATRÓN °C	-14,6	-14,6	-14,6	-14,6	-14,6
ERROR ABS	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7
ERROR %.	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-14,6

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,7

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,319

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27011**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BAÑO SEROLOGICO			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	HH-S2			**Serie**	50618003				
Voltaje	110V	**Watios**	N/R	**Amperios**	N/R	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16394***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BAÑO SEROLOGICO
Device

Fabricante: SCIENTIFIC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: HH-S2
Model

Rango: 0 - 99 ° C
Range:

Número de Serie: 50618003
Serial Number:

Resolución: 1°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento TH- 002 Para la calibración de termómetros de radiación de infrarrojo
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

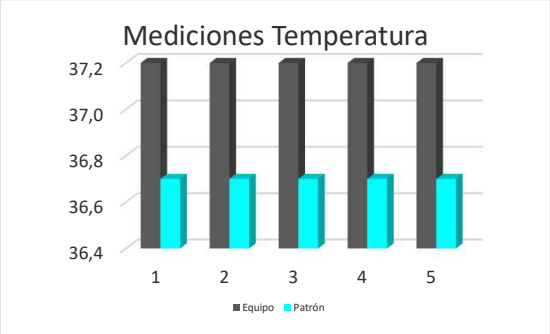
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16394 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMOMETRO INFRARROJO	**Marca**	HALTHEN	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT8380	**Serie**	170147563	**Número de Certificado**	CMK-TEMPI-24070

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2
VALOR EN PATRÓN °C	36,7	36,7	36,7	36,7	36,7
ERROR ABS	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5
ERROR %.	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	37,2

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,5

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,048

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27000**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	NEVERA			**Marca**	HACEB				
Modelo	H6164NT31			**Serie**	9002262				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16380***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: NEVERA
Device

Fabricante: HACEB
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: H6164NT31
Model

Rango: (-14°C~10°C)
Range:

Número de Serie: 9002262
Serial Number:

Resolución: 1°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-001 para la calibración de termómetro digitales, Nordtest method NT VVS 103
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

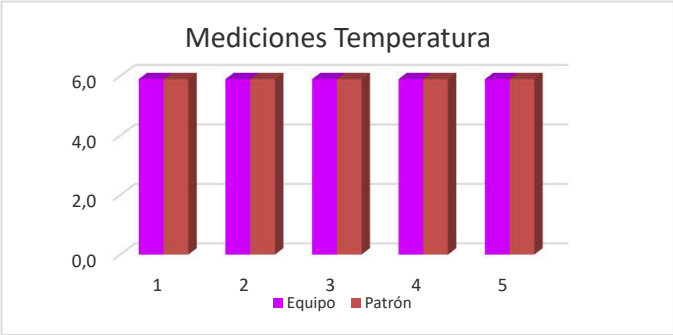
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16380 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMÓMETRO DIGITAL	**Marca**	N/A	**Certificado por:**	FYH
Modelo	TERMOPAR K	**Serie**	22076108-1000700009	**Número de Certificado**	TC-26985/6

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
VALOR EN PATRÓN °C	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	5,9

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,0

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,067

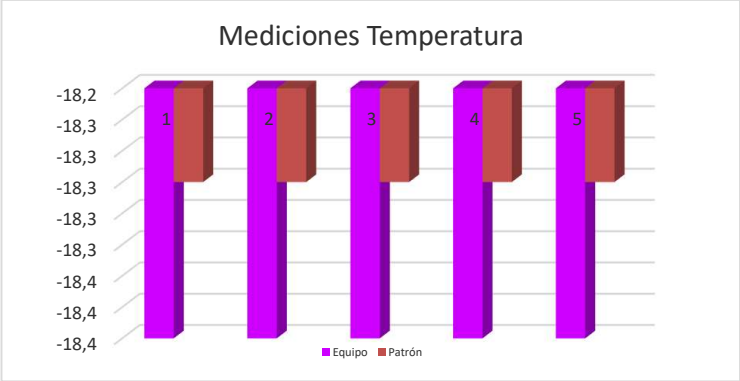
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16380 Fecha: 29-abr-26 página 3 de 3



VALOR EN EQUIPO °C	-18,4	-18,4	-18,4	-18,4	-18,4
VALOR EN PATRÓN °C	-18,3	-18,3	-18,3	-18,3	-18,3
ERROR ABS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ERROR %.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-18,3

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,1

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,067

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27001**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	NEVERA			**Marca**	CENTRALES				
Modelo	CCN253FYHSE0			**Serie**	1317179175				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		**V. de P. Metrológicos**		**XX**

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16381***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: NEVERA
Device

Fabricante: CENTRALES
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: CCN253FYHSE0
Model

Rango: (-14°C~10°C)
Range:

Número de Serie: 1317179175
Serial Number:

Resolución: 1°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM TH-001 para la calibración de termómetro digitales, Nordtest method NT VVS 103
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

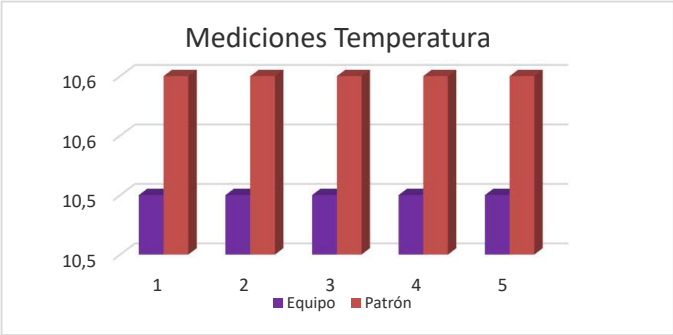
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16381 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMÓMETRO DIGITAL	**Marca**	N/A	**Certificado por:**	FYH
Modelo	TERMOPAR K	**Serie**	22076108-1000700009	**Número de Certificado**	TC-26985/6

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
VALOR EN PATRÓN °C	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6
ERROR ABS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ERROR %.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	10,5

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,1

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	1,319

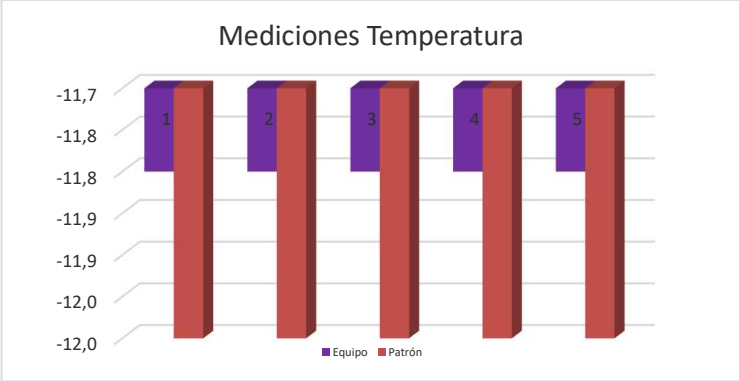
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16381 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO °C	-11,8	-11,8	-11,8	-11,8	-11,8
VALOR EN PATRÓN °C	-12,0	-12,0	-12,0	-12,0	-12,0
ERROR ABS	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
ERROR %.	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	-12,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,2

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,319

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26989**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMÓMETRO INFRARROJO			**Marca**	N/T				
Modelo	JRT-017			**Serie**	IR004				
Voltaje	3V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16357***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TERMÓMETRO INFRARROJO
Device

Fabricante: N/T
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: JRT-017
Model

Rango: 32°C~40°C
Range:

Número de Serie: IR004
Serial Number:

Resolución: 0,1°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento TH- 002 Para la calibración de termómetros de radiación de infrarrojo
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

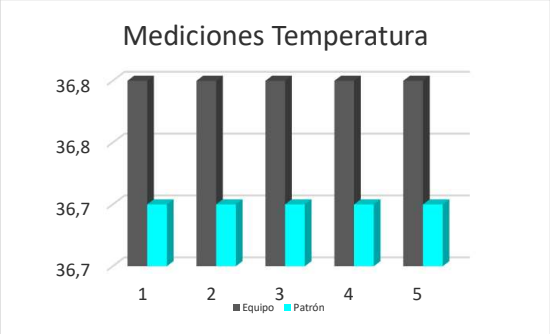
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16357 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMÓMETRO INFRARROJO	**Marca**	HALTHEN	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT8380	**Serie**	170147563	**Número de Certificado**	CMK-TEMPI-24070

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	36,8	36,8	36,8	36,8	36,8
VALOR EN PATRÓN °C	36,7	36,7	36,7	36,7	36,7
ERROR ABS	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
ERROR %.	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	36,8

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	-0,1

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,048

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26987**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TERMÓMETRO INFRARROJO	**Marca**	N/T
Modelo	YJ-T150	**Serie**	LOT. 20200420

Voltaje	3V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16367***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TERMÓMETRO INFRARROJO
Device

Fabricante: N/T
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: YJ-T150
Model

Rango: 32°C~40°C
Range:

Número de Serie: LOT. 20200420
Serial Number:

Resolución: 0,1°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento TH- 002 Para la calibración de termómetros de radiación de infrarrojo
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

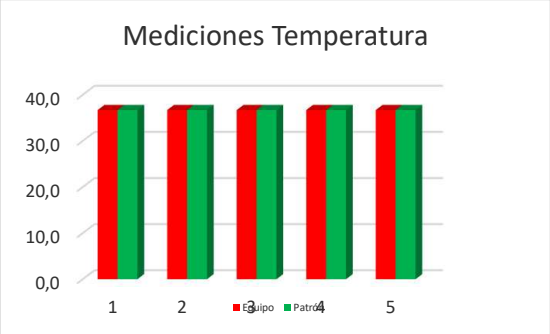
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16367 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMÓMETRO INFRARROJO	**Marca**	HALTHEN	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT8380	**Serie**	170147563	**Número de Certificado**	CMK-TEMPI-24070

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	36,7	36,7	36,7	36,7	36,7
VALOR EN PATRÓN °C	36,7	36,7	36,7	36,7	36,7
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	36,7

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	0,0

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,042

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26997**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	HORNO			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	OV-9023A			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	500W	**Amperios**	5,45A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16393***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: HORNO
Device

Fabricante: SCIENTIFIC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: OV-9023A
Model

Rango: 10°C a 250°C
Range:

Número de Serie: N/R
Serial Number:

Resolución: ±0.5°C
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento TH- 002 Para la calibración de termómetros de radiación de infrarrojo
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

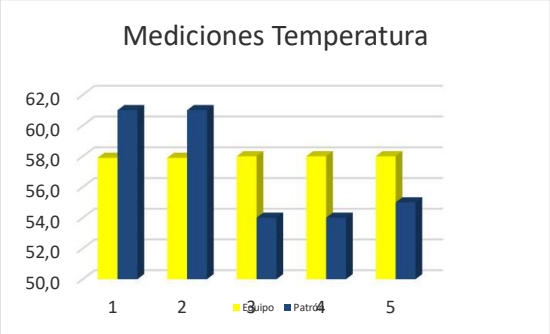
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16393 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	TERMÓMETRO INFRARROJO	**Marca**	HALTHEN	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT8380	**Serie**	170147563	**Número de Certificado**	CMK-TEMPI-24070

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO °C	57,9	57,9	58,0	58,0	58,0
VALOR EN PATRÓN °C	61,0	61,0	54,0	54,0	55,0
ERROR ABS	3,1	3,1	-4,0	-4,0	-3,0
ERROR %.	4,4	4,4	-5,7	-5,7	-4,3

Resultados de la medición.

Prom IBC °C	58,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección °C	3,1

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,331

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27002**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	TEK				
Modelo	LP-7515			**Serie**	15CI60818040				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16393***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BÁSCULA
Device

Fabricante: TEK
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: LP-7515
Model

Rango: 0~150Kg
Range:

Número de Serie: 15CI60818040
Serial Number:

Resolución: 0,1 KG
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

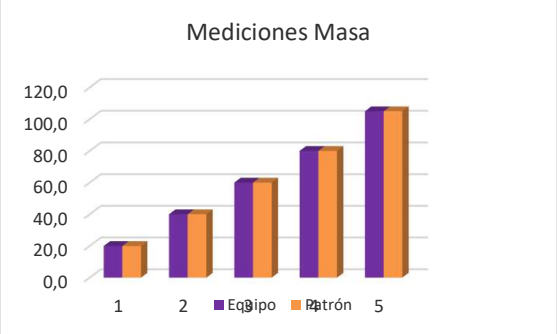
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16393 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,374	0,37	0,37	0,37	0,374

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,0

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26995**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	TEK				
Modelo	FINE SCARE			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 12	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16360***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	BÁSCULA		
Fabricante: *Manufacturer*	TEK	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FINE SCARE	**Rango:** *Range:*	0~150Kg
Número de Serie: *Serial Number:*	N/R	**Resolución:** *Resolution:*	0,1 KG
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 2 *pag 1 of 2*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

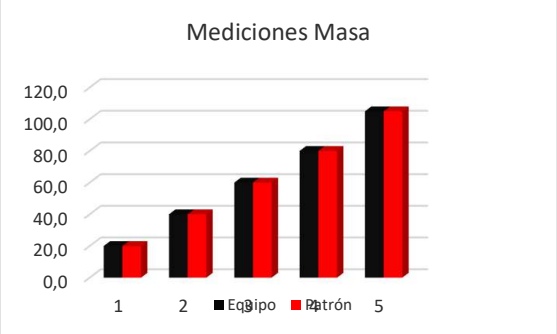
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16360 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,374	0,37	0,37	0,37	0,374

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,0

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26990**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	TEKSYB				
Modelo	TCS-028			**Serie**	TCS-028-767				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16356***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BÁSCULA
Device

Fabricante: TEKSYB
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: TCS-028
Model

Rango: 0~200Kg
Range:

Número de Serie: TCS-028-767
Serial Number:

Resolución: 0,1 KG
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
Calibrated by INGENIERO DE SERVICIO

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

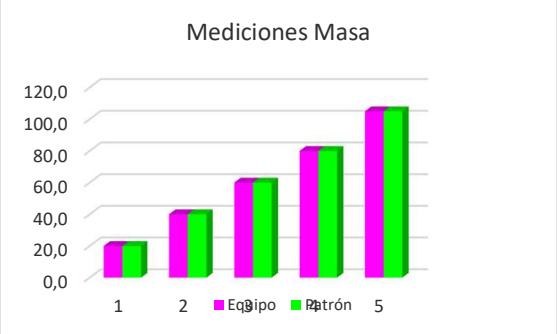
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16356 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,374	0,37	0,37	0,37	0,374

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,0

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26954**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	SYB MUNDIAL				
Modelo	TCS			**Serie**	TCS-028-872				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 5	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16370***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BÁSCULA
Device

Fabricante: SYB MUNDIAL
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: TCS
Model

Rango: 0~200Kg
Range:

Número de Serie: TCS-028-872
Serial Number:

Resolución: 0,1 KG
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

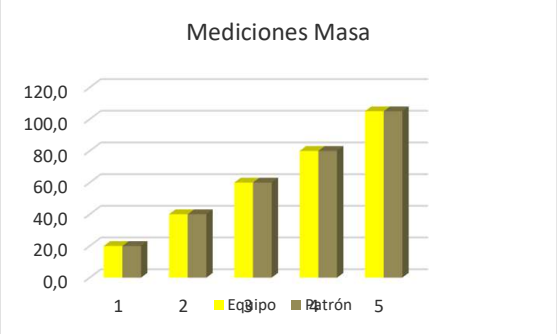
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16370 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,374	0,37	0,37	0,37	0,374

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,0

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26977**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	TEK				
Modelo	DIGITAL			**Serie**	170300				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16374***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BÁSCULA
Device

Fabricante: TEK
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: DIGITAL
Model

Rango: 0~150Kg
Range:

Número de Serie: 170300
Serial Number:

Resolución: 0,1 KG
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
Calibrated by INGENIERO DE SERVICIO

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

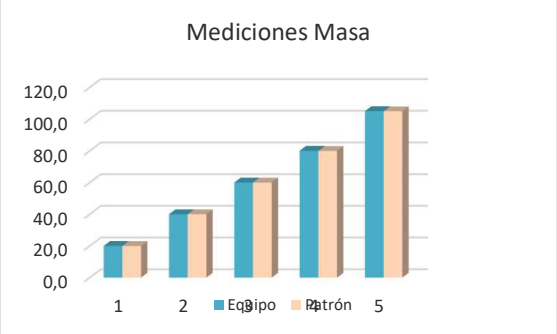
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16374 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,1	80,1	105,1
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1
ERROR %.	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,375	0,38	0,38	0,39	0,391

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,1

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27007**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	BÁSCULA			**Marca**	ICM				
Modelo	TCS-K2			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	INSUMOS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16354***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: BÁSCULA
Device

Fabricante: ICM
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: TCS-K2
Model

Rango: 0~200Kg
Range:

Número de Serie: N/R
Serial Number:

Resolución: 1Kg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. SIM MWG7/cg-01/V.00 Guía para la calibración de los instrumentos para pesar de funcionamiento no automático
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

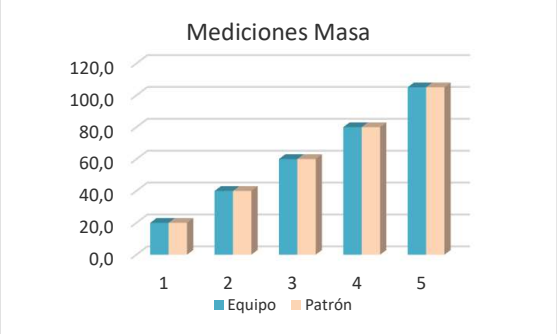
Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	MASAS M1	**Marca**	MAHOS	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	5-10-20 Kg	**Serie**	1032020	**Número de Certificado**	CBC-0048-00/2/3-26

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
VALOR EN PATRÓN Kg	20,0	40,0	60,0	80,0	105,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,375	0,38	0,38	0,39	0,391

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Kg	61,0

Corrección Kg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27017**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CENTRIFUGA			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	TD4			**Serie**	20231143				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET500
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/20
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16384***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: CENTRIFUGA
Device

Fabricante: SCIENTIFIC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: TD4
Model

Rango: 0~4000 RPM
Range:

Número de Serie: 20231143
Serial Number:

Resolución: 10 RPM
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento Guías Metas Tacómetros - Medición de frecuencias rotacional
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así co del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmer los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidade medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

5

23

ımo
a la
nte

s de

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET500
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/20

Certificado N° 16384 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DIGITAL TACHOMETER	**Marca**	NO ESPECIFICA	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT-2234C+	**Serie**	S004947	**Número de Certificado**	CMK-TFC-26060L

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO RPM	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0
VALOR EN PATRÓN RPM	3508,0	3506,0	3504,0	3510,0	3496,0
ERROR ABS	8,0	6,0	4,0	10,0	-4,0
ERROR %.	11,4	8,6	5,7	14,3	-5,7
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	9,258	6,955	4,659	11,56	4,6586

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC RPM	3500,0

Corrección RPM	10,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

5

23

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26980**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CENTRIFUGA			**Marca**	INDULAB				
Modelo	D-04			**Serie**	14.513				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16369***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: CENTRIFUGA
Device

Fabricante: INDULAB
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: D-04
Model

Rango: 1.500~5.000 RPM
Range:

Número de Serie: 14513
Serial Number:

Resolución: 10 RPM
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento Guías Metas Tacómetros - Medición de frecuencias rotacional
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16369 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DIGITAL TACHOMETER	**Marca**	NO ESPECIFICA	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT-2234C+	**Serie**	S004947	**Número de Certificado**	CMK-TFC-26060L

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO RPM	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0
VALOR EN PATRÓN RPM	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0	3500,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,608	0,608	0,608	0,608	0,608

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC RPM	3500,0

Corrección RPM	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27018**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AGITADOR DE MAZZINE			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	TYZD-III			**Serie**	N/R				
Voltaje	110 V	**Watios**	75 W	**Amperios**	2 A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16395***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: AGITADOR DE MAZZINE
Device

Fabricante: SCIENTIFIC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: TYZD-III
Model

Rango: 0 a 210 RPM
Range:

Número de Serie: N/R
Serial Number:

Resolución: 20
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento Guías Metas Tacómetros - Medición de frecuencias rotacional
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

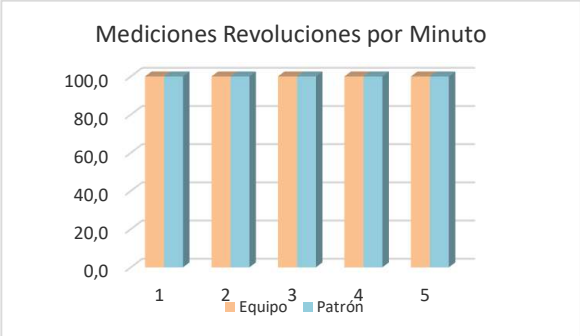
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16395 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DIGITAL TACHOMETER	**Marca**	NO ESPECIFICA	**Certificado por:**	COLMETRIK
Modelo	DT-2234C+	**Serie**	S004947	**Número de Certificado**	CMK-TFC-26060L

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO RPM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
VALOR EN PATRÓN RPM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,608	0,608	0,608	0,608	0,608	

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC RPM	100,0

Corrección RPM	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27258**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	2-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PIPETA			**Marca**	SUREPETTE				
Modelo	5 -50 µl			**Serie**	RS4029				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16485***
	Fecha de Expedición:		**2-abr-25**

Equipo: *Device*	PIPETA		
Fabricante: *Manufacturer*	SUREPETTE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	5 -50 µl	**Rango:** *Range:*	5 -50 µl
Número de Serie: *Serial Number:*	RS4029	**Resolución:** *Resolution:*	1 µl
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	2-abr-25	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	2-abr-25
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. NTC-ISO 8655-6 EQUIPOS VOLUMÉTRICOS ACCIONADOS MEDIANTE PISTÓN.PARTE 6: MÉTODOS GRAVIMÉTRICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ERROR DE MEDICIÓN		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 4 *pag 1 of 4*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

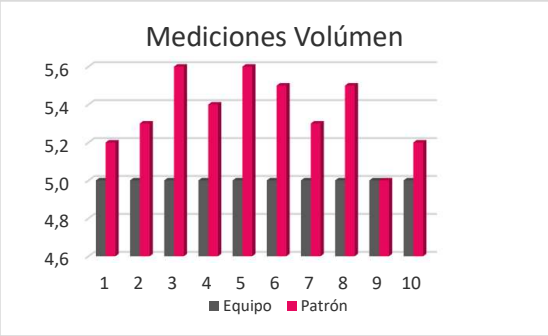
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16485 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	BALANZA ANÁLITICA	**Marca**	U.S DOLID	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	FA2004	**Serie**	FA2004	**Número de Certificado**	CBC-0054-001-25

CONDICIONES AMBIENTALES					
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55	PRESIÓN ATM hPa	700



VALOR EN EQUIPO µL	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
VALOR EN PATRÓN µL	5,2	5,3	5,6	5,4	5,6	5,5	5,3	5,5	5,0	5,2
ERROR ABS	0,2	0,3	0,6	0,4	0,6	0,5	0,3	0,5	0,0	0,2
ERROR %.	0,3	0,4	0,9	0,6	0,9	0,7	0,4	0,7	0,0	0,3

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	5,0	**Coef. Variación %**	0,23

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,4	**Exactitud %**	0,55

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,444

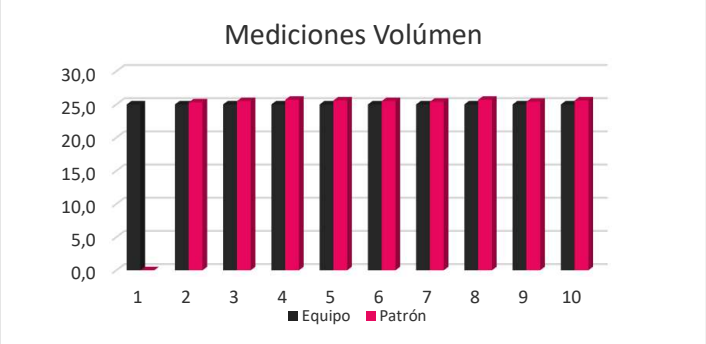
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469



VALOR EN EQUIPO µL	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
VALOR EN PATRÓN µL	#¡REF!	25,3	25,5	25,7	25,6	25,5	25,4	25,7	25,4	25,6
ERROR ABS	#¡REF!	0,3	0,5	0,7	0,6	0,5	0,4	0,7	0,4	0,6
ERROR %.	#¡REF!	0,4	0,7	1,0	0,9	0,7	0,6	1,0	0,6	0,9

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	25,5	**Coef. Variación %**	0,58

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,7	**Exactitud %**	0,61

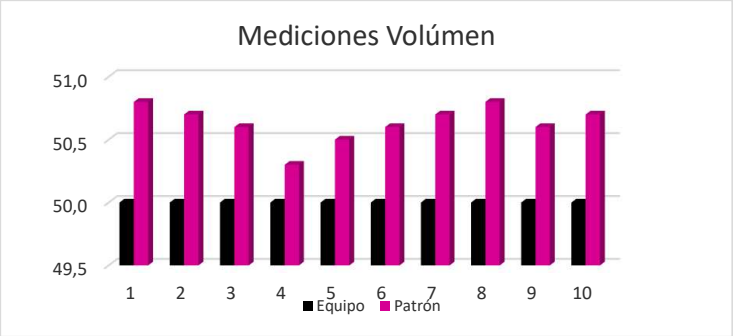
Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	#¡REF!

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16485 Fecha: 2-abr-25



VALOR EN EQUIPO µL	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
VALOR EN PATRÓN µL	50,8	50,7	50,6	50,3	50,5	50,6	50,7	50,8	50,6	50,7
ERROR ABS	0,8	0,7	0,6	0,3	0,5	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7
ERROR %.	1,1	1,0	0,9	0,4	0,7	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	50,6	**Coef. Variación %**	0,61

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,1	**Exactitud %**	2,06

Incertidumbre expandida

U_{exp}	0,781

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27257**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	2-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PIPETA			**Marca**	SUREPETTE				
Modelo	100-1000 µl			**Serie**	RS4563				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16486***
	Fecha de Expedición:		**2-abr-25**

Equipo: PIPETA
Device

Fabricante: SUREPETTE
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: 100-1000 µl
Model

Rango: 100-1000 µl
Range:

Número de Serie: RS4563
Serial Number:

Resolución: 5 µL
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 2-abr-25
Reception date

Fecha de Calibración: 2-abr-25
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. NTC-ISO 8655-6 EQUIPOS VOLUMÉTRICOS ACCIONADOS MEDIANTE PISTÓN.PARTE 6: MÉTODOS GRAVIMÉTRICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ERROR DE MEDICIÓN
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
Calibrated by INGENIERO DE SERVICIO

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

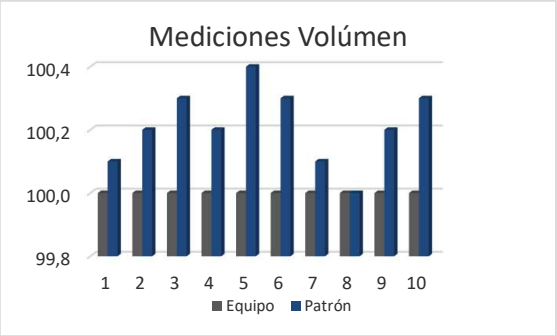
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16486 Fecha: 2-abr-25 página 2 de 4

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	BALANZA ANÁLITICA	**Marca**	U.S DOLID	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	FA2004	**Serie**	FA2004	**Número de Certificado**	CBC-0054-001-25

CONDICIONES AMBIENTALES					
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55	PRESIÓN ATM hPa	700



VALOR EN EQUIPO µL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VALOR EN PATRÓN µL	100,1	100,2	100,3	100,2	100,4	100,3	100,1	100,0	100,2	100,3
ERROR ABS	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3	0,1	0,0	0,2	0,3
ERROR %.	0,1	0,3	0,4	0,3	0,6	0,4	0,1	0,0	0,3	0,4

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	100,0	**Coef. Variación %**	0,23

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,4	**Exactitud %**	0,55

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,266

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

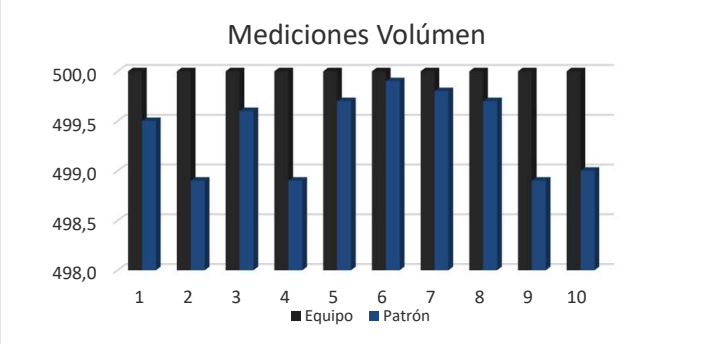
Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16486 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469



VALOR EN EQUIPO µL	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0
VALOR EN PATRÓN µL	499,5	498,9	499,6	498,9	499,7	499,9	499,8	499,7	498,9	499,0
ERROR ABS	-0,5	-1,1	-0,4	-1,1	-0,3	-0,1	-0,2	-0,3	-1,1	-1,0
ERROR %.	-0,7	-1,6	-0,6	-1,6	-0,4	-0,1	-0,3	-0,4	-1,6	-1,4

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	499,4	**Coef. Variación %**	0,58

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,7	**Exactitud %**	0,61

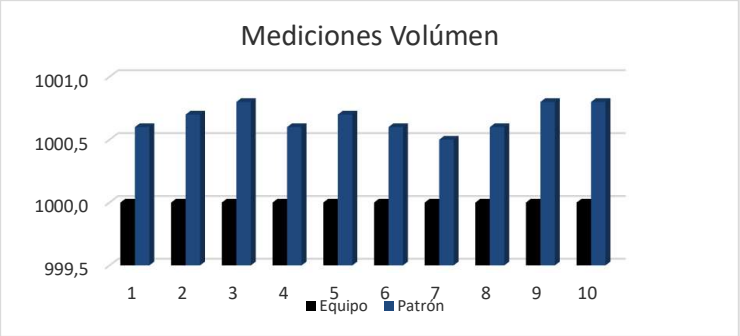
Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,668

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16486 Fecha: 2-abr-25



VALOR EN EQUIPO µL	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
VALOR EN PATRÓN µL	1000,6	1000,7	1000,8	1000,6	1000,7	1000,6	1000,5	1000,6	1000,8	1000,8
ERROR ABS	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,8	0,8
ERROR %.	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	0,9	0,7	0,9	1,1	1,1

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	1000,7	**Coef. Variación %**	0,61

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,1	**Exactitud %**	2,06

Incertidumbre expandida

U_{exp}	0,819

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27260**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	2-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PIPETA			**Marca**	N/R				
Modelo	100-1000 µl			**Serie**	N/R				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16484***
	Fecha de Expedición:		**2-abr-25**

Equipo: *Device*	PIPETA		
Fabricante: *Manufacturer*	N/R	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	100-1000 µl	**Rango:** *Range:*	100-1000 µl
Número de Serie: *Serial Number:*	N/R	**Resolución:** *Resolution:*	5 µL
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	2-abr-25	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	2-abr-25
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. NTC-ISO 8655-6 EQUIPOS VOLUMÉTRICOS ACCIONADOS MEDIANTE PISTÓN.PARTE 6: MÉTODOS GRAVIMÉTRICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ERROR DE MEDICIÓN		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 4 *pag 1 of 4*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

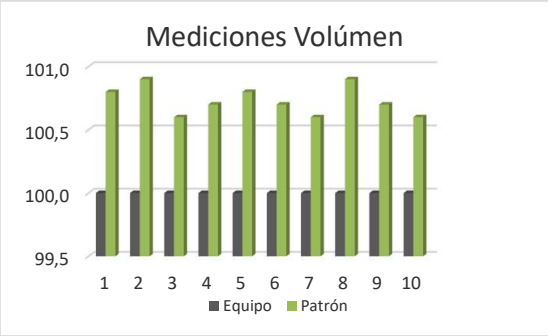
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16484 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	BALANZA ANÁLITICA	**Marca**	U.S DOLID	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	FA2004	**Serie**	FA2004	**Número de Certificado**	CBC-0054-001-25

CONDICIONES AMBIENTALES					
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55	PRESIÓN ATM hPa	700



VALOR EN EQUIPO µL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VALOR EN PATRÓN µL	100,8	100,9	100,6	100,7	100,8	100,7	100,6	100,9	100,7	100,6
ERROR ABS	0,8	0,9	0,6	0,7	0,8	0,7	0,6	0,9	0,7	0,6
ERROR %.	1,1	1,3	0,9	1,0	1,1	1,0	0,9	1,3	1,0	0,9

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	100,0

Coef. Variación %	0,23

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,4

Exactitud %	0,55

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,895

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

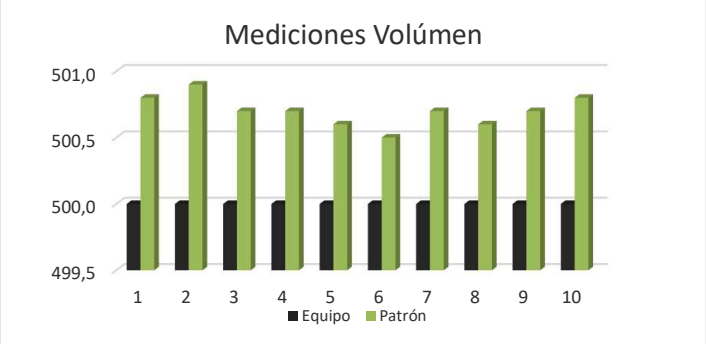
Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16484 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469



VALOR EN EQUIPO µL	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0	500,0
VALOR EN PATRÓN µL	500,8	500,9	500,7	500,7	500,6	500,5	500,7	500,6	500,7	500,8
ERROR ABS	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6	0,7	0,8
ERROR %.	1,1	1,3	1,0	1,0	0,9	0,7	1,0	0,9	1,0	1,1

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	500,7	**Coef. Variación %**	0,58

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,7	**Exactitud %**	0,61

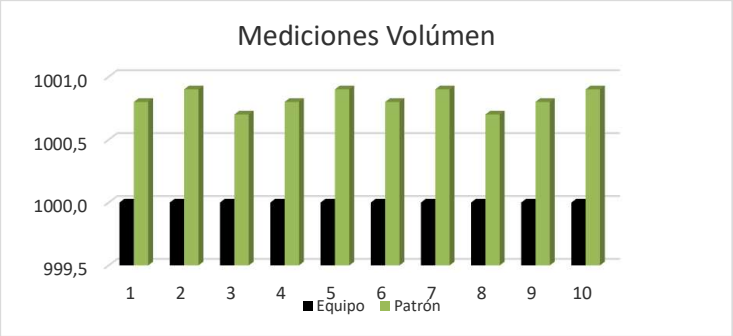
Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,895

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16484 Fecha: 2-abr-25



VALOR EN EQUIPO µL	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
VALOR EN PATRÓN µL	1000,8	1000,9	1000,7	1000,8	1000,9	1000,8	1000,9	1000,7	1000,8	1000,9
ERROR ABS	0,8	0,9	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8	0,9
ERROR %.	1,1	1,3	1,0	1,1	1,3	1,1	1,3	1,0	1,1	1,3

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	1000,8	**Coef. Variación %**	0,61

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,1	**Exactitud %**	2,06

Incertidumbre expandida

U_{exp}	1,010

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27255**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	2-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PIPETA			**Marca**	JOANLAB				
Modelo	20-200 µl			**Serie**	JN084252				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16488***
	Fecha de Expedición:		**2-abr-25**

Equipo: *Device*	PIPETA		
Fabricante: *Manufacturer*	JOANLAB	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	20-200 µl	**Rango:** *Range:*	20-200 µl
Número de Serie: *Serial Number:*	JN084252	**Resolución:** *Resolution:*	1 µL
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	2-abr-25	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	2-abr-25
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. NTC-ISO 8655-6 EQUIPOS VOLUMÉTRICOS ACCIONADOS MEDIANTE PISTÓN.PARTE 6: MÉTODOS GRAVIMÉTRICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ERROR DE MEDICIÓN		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 4 *pag 1 of 4*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

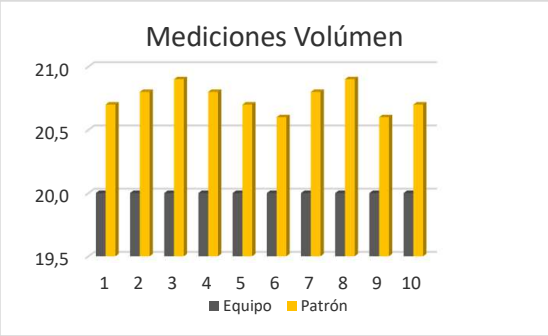
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16488 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	BALANZA ANÁLITICA	**Marca**	U.S DOLID	**Certificado por:**	ELICROM
Modelo	FA2004	**Serie**	FA2004	**Número de Certificado**	CBC-0054-001-25

CONDICIONES AMBIENTALES					
TEMPERTAURA °C	25,8	HUMEDAD RELATIVA%	55	PRESIÓN ATM hPa	700



VALOR EN EQUIPO µL	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
VALOR EN PATRÓN µL	20,7	20,8	20,9	20,8	20,7	20,6	20,8	20,9	20,6	20,7
ERROR ABS	0,7	0,8	0,9	0,8	0,7	0,6	0,8	0,9	0,6	0,7
ERROR %.	1,0	1,1	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1	1,3	0,9	1,0

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	20,0	**Coef. Variación %**	0,23

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,4	**Exactitud %**	0,55

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,933

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

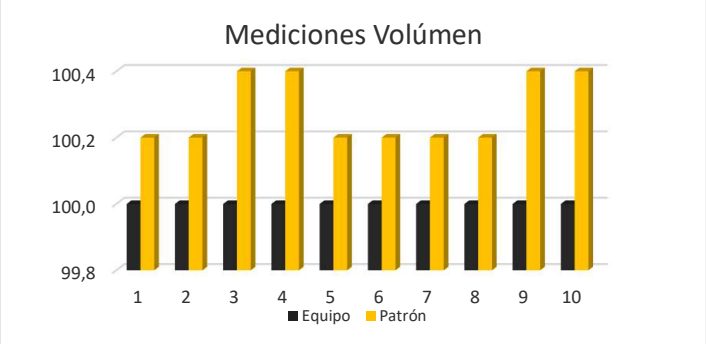
Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16488 Fecha: 2-abr-25

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	DATALOGGER DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	**Marca**	MADGETCH	**Certificado por:**	FYH
Modelo	RFRHTEMP2000A	**Serie**	S45234	**Número de Certificado**	TA-28468/ HR-28469



VALOR EN EQUIPO µL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VALOR EN PATRÓN µL	100,2	100,2	100,4	100,4	100,2	100,2	100,2	100,2	100,4	100,4
ERROR ABS	0,2	0,2	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4
ERROR %.	0,3	0,3	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	100,3	**Coef. Variación %**	0,58

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,7	**Exactitud %**	0,61

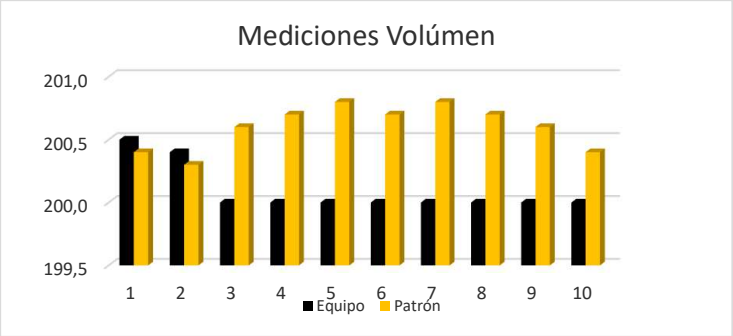
Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,407

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16488 Fecha: 2-abr-25



VALOR EN EQUIPO µL	200,5	200,4	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0
VALOR EN PATRÓN µL	200,4	200,3	200,6	200,7	200,8	200,7	200,8	200,7	200,6	200,4
ERROR ABS	-0,1	-0,1	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6	0,4
ERROR %.	-0,1	-0,1	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,0	0,9	0,6

Resultados de la medición.

Prom IBC µL	200,6	**Coef. Variación %**	0,61

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección µL	0,1	**Exactitud %**	2,06

Incertidumbre expandida

$U_{\exp}$	0,490

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27121**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FONENDOSCOPIO			**Marca**	GMD				
Modelo	RAPAPORE			**Serie**	N/R				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	INSUMOS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26981**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FONENDOSCOPIO			**Marca**	GMD				
Modelo	RAPAPORE			**Serie**	N/R				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27019**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	PARED			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 4	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26979**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	11710			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27004**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OTOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/R			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 12	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	VISIÓMETRO			**Marca**	KEYSTONE				
Modelo	1161			**Serie**	44473				
Voltaje	24VDC	**Watios**	65W	**Amperios**	0,3A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27125**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	LENSÓMETRO			**Marca**	ESSILOR				
Modelo	ALM500			**Serie**	0423117				
Voltaje	110VAC	**Watios**	20W	**Amperios**	0,3A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27126**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PANTALLA OPTOTIPO			**Marca**	NO ESPECIFICA				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	647184N				
Voltaje	110V	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26972**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AUTOREFRACTOQUERATÓMETRO			**Marca**	NO ESPECIFICA				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	W22059002K				
Voltaje	110V	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 5	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27120**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	PARED			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	INSUMOS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27015**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	11710			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27129**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	UNIDAD DE OPTOMETRÍA			**Marca**	WORLD VISION				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	110210110				
Voltaje	110V	**Watios**	200W	**Amperios**	2,0A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27132**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FOROPTER			**Marca**	NO ESPECIFICA				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27024**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CAJA DE PRUEBAS			**Marca**	WVE				
Modelo	JL266			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26978**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FONENDOSCOPIO			**Marca**	MDF INSTRUMENTS				
Modelo	RAPAPORE			**Serie**	FU0005109				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27014**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE ORGANOS			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	767 DE PARED			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS.2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27117**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/R			**Serie**	11720117				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS.1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26941**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OTOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	DE PARED			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26971**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AUDIÓMETRO			**Marca**	OSCILLA				
Modelo	SM950			**Serie**	950-1702-NAES				
Voltaje	5VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 9	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26993**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CABINA SONOAMORTIGUADA			**Marca**	AUDIOMEDICAL				
Modelo	ACS 150			**Serie**	ACSF-120-0007-23				
Voltaje	110VAC	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 9	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27127**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	VISIÓMETRO			**Marca**	KEYSTONE				
Modelo	1160			**Serie**	54765				
Voltaje	24VDC	**Watios**	65W	**Amperios**	0,3A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27025**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	LENSOMETRO			**Marca**	LUX VISION				
Modelo	LM 7200			**Serie**	P86021714512				
Voltaje	110VAC	**Watios**	20W	**Amperios**	0,3A	**Ubicación**	CONS.2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27128**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	LAMPARA DE HENDIDURA			**Marca**	WORLD VISION				
Modelo	BL II			**Serie**	152011071				
Voltaje	110VAC	**Watios**	20W	**Amperios**	N/R	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27005**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	11710			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 12	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26942**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	11710			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27116**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS.1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26940**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	ANDRU VISION				
Modelo	N/R			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26991**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OTOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/R			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 9	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27986**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OTOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	25020A			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS.11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27015**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OFTALMOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/R			**Serie**	11710				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27131**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CAJA DE PRUEBAS			**Marca**	WVE				
Modelo	JL266			**Serie**	01 (INTERNA)				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27022**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AUDIOMETRO			**Marca**	OSCILLA				
Modelo	SM950			**Serie**	950-1505-GNES-NAES				
Voltaje	5VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 4	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27016**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	CABINA SONOAMORTIGUADA			**Marca**	AUDIOMEDICAL				
Modelo	ACS 150			**Serie**	ACSF 150-0005-22				
Voltaje	110VAC	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 4	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	SI	SI	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27118**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	RETINOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/R			**Serie**	18245				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27026**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	UNIDAD DE OPTOMETRÍA			**Marca**	ANDRU VISION				
Modelo	WB-800			**Serie**	2107800140056				
Voltaje	110V	**Watios**	200W	**Amperios**	2,0A	**Ubicación**	CONS.2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26975**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	UNIDAD DE OPTOMETRÍA			**Marca**	WORDL VISION				
Modelo	TN-1010			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	200W	**Amperios**	2,0A	**Ubicación**	CONS. 5	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27130**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AUTOREFRACTOQUERATÓMETRO			**Marca**	ESSILOR				
Modelo	AKR300			**Serie**	0423018				
Voltaje	110V	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 1	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26976**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FOROPTER			**Marca**	NO ESPECIFICA				
Modelo	NO ESPECIFICA			**Serie**	NO REGISTRA				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 5	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27029**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	AUTOREFRACTOQUERATÓMETRO			**Marca**	POTEC				
Modelo	PAK 6000			**Serie**	1R500BK09201224				
Voltaje	110V	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27021**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	OTOSCOPIO			**Marca**	ANDRU VISION				
Modelo	REF. 25020A			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 4	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27013**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	22-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	Cra.13 # 14-27 GRANADA - META
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	MICROSCOPIO			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	X57-N207			**Serie**	PW229017062				
Voltaje	110 VAC	**Watios**	N/R	**Amperios**	N/R	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	XX	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27012**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	22-abr-25

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	Cra.13 # 14-27 GRANADA - META
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PIANO CUENTA CELULAS			**Marca**	SCIENTIFIC				
Modelo	5 TECLAS			**Serie**	N/R				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	LABORATORIO	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	XX	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27006**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	767 DE PARED			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 12	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27028**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	FOROPTER			**Marca**	LUX VISION				
Modelo	LXR1500			**Serie**	R1500BK09201224				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	SI	SI	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26992**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	DE PARED			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 9	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26985**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESTACIÓN DE DIAGNOSTICO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	N/E			**Serie**	N/R				
Voltaje	110V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27023**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PANTALLA OPTOTIPO			**Marca**	WORDL VISION				
Modelo	C901-LED			**Serie**	901-J202012560-0-0000000000003				
Voltaje	110V	**Watios**	100W	**Amperios**	1A	**Ubicación**	CONS. 5	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS

NIT: 900608749-3

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27027**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	RETINOSCOPIO			**Marca**	WELCHALLYN				
Modelo	18245			**Serie**	N/R				
Voltaje	3VDC	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 2	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26988**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	ANTS				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	14244				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16358***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: ANTS
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: 14244
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

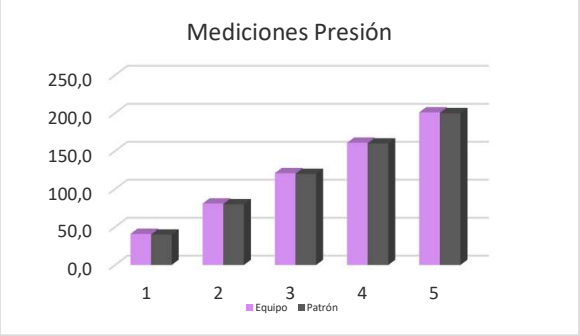
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16358 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	41,0	81,0	121,0	161,0	201,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,562	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	121,0

Corrección mmHg	-1,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26984**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	GMD				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	12321112				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16373***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: 12321112
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

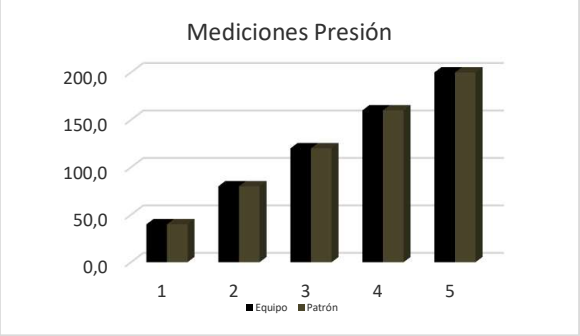
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16373 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	120,0

Corrección mmHg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27240**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	GMD				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	11894				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16364***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: 11894
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

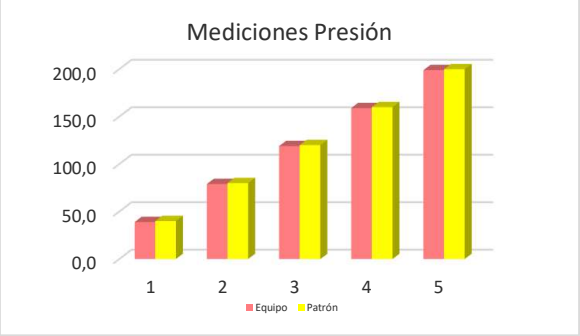
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16364 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	39,0	79,0	119,0	159,0	199,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,562	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	119,0

Corrección mmHg	1,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27122**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO				**Marca**	GMD			
Modelo	ANEROIDE				**Serie**	NO REGISTRA			
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD
SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16400***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: NO REGISTRA
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

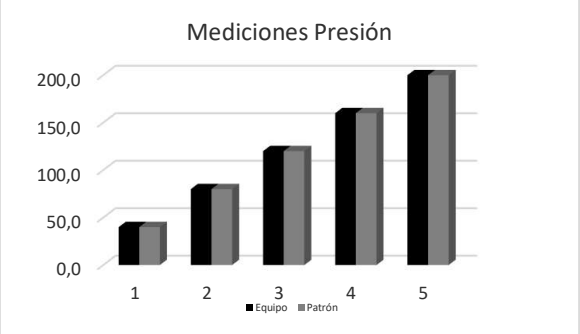
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16400 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	120,0

Corrección mmHg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27268**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	GMD				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	J2301112				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16363***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: J2301112
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

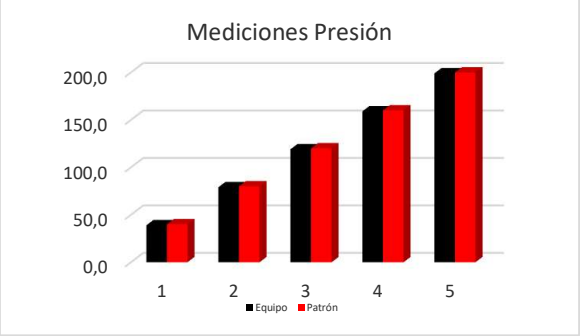
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16363 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	39,0	79,0	119,0	159,0	199,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	119,0

Corrección mmHg	1,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27003**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	GMD DIAGNOSTIC				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	24033017				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16363***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD DIAGNOSTIC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: 24033017
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

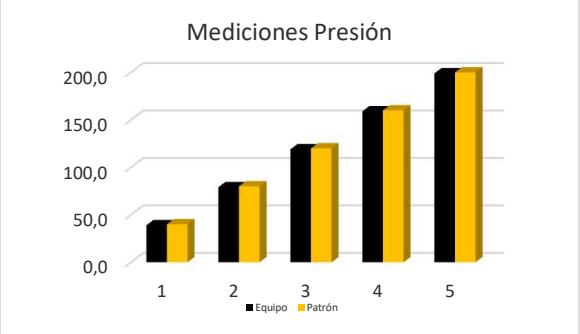
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16363 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	39,0	79,0	119,0	159,0	199,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	119,0

Corrección mmHg	1,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27263**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	GMD				
Modelo	ANEROIDE- GMD20			**Serie**	N/R				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16497***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: GMD
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE- GMD20
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: N/R
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

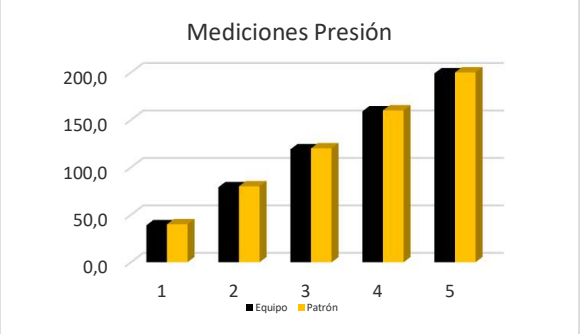
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16497 Fecha: 29-abr-26 página 2 de 2

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	39,0	79,0	119,0	159,0	199,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	119,0

Corrección mmHg	1,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27123**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	TENSIÓMETRO			**Marca**	PRESTIGE				
Modelo	ANEROIDE			**Serie**	391175				
Voltaje	N/A	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Digitales	NO	N/A	
Sistemas Eléctricos	NO	N/A	
Sistemas Electrónicos	NO	N/A	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16399***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: TENSIÓMETRO
Device

Fabricante: PRESTIGE
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: ANEROIDE
Model

Rango: 0~300mmHg
Range:

Número de Serie: 391175
Serial Number:

Resolución: 2mmHg
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

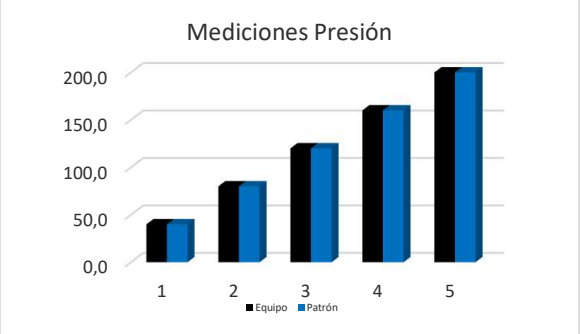
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16399 Fecha: 29-abr-26 página 2 de 2

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador NIBP	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS200	**Serie**	20120100049	**Número de Certificado**	L5195

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
VALOR EN PATRÓN mmHg	40,0	80,0	120,0	160,0	200,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,56	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC mmHg	120,0

Corrección mmHg	0,0

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27119**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ELECTROCARDIOGRÁFO			**Marca**	EDAN				
Modelo	SE-601C			**Serie**	360251-M18504930001				
Voltaje	110 VAC	**Watios**	100	**Amperios**	1 A	**Ubicación**	TOMA DE MUESTRAS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16398***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: ELECTROCARDIOGRÁFO
Device

Fabricante: EDAN
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: SE-601C
Model

Rango: 30 ~ 300 BPM
Range:

Número de Serie: 360251-M18504930001
Serial Number:

Resolución: 1 BPM
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
Calibrated by INGENIERO DE SERVICIO

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

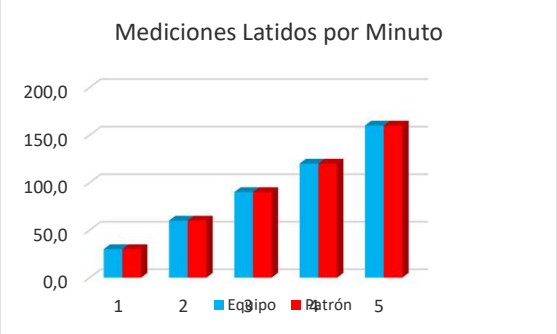
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16398 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN						
Equipo	ANALIZADOR DE DESFIBRILACIÓN	**Marca**	BC BIOMEDICAL	**Certificado por:**	BIOSANCTA	
Modelo	DEA-2006P	**Serie**	73951319 REV M	**Número de Certificado**	L4869	

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	30,0	60,0	90,0	120,0	160,0
VALOR EN PATRÓN BPM	30,0	60,0	90,0	120,0	160,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	92,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

U_exp	1,048

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27030**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	FINGERTIP				
Modelo	P-01			**Serie**	N/T				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	INSUMOS	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16396***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	FINGERTIP	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	P-01	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	N/T	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

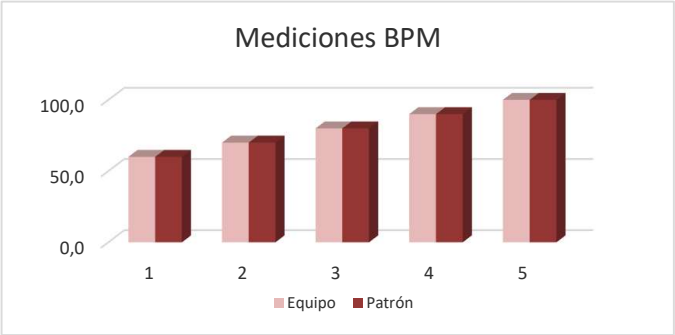
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16396 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

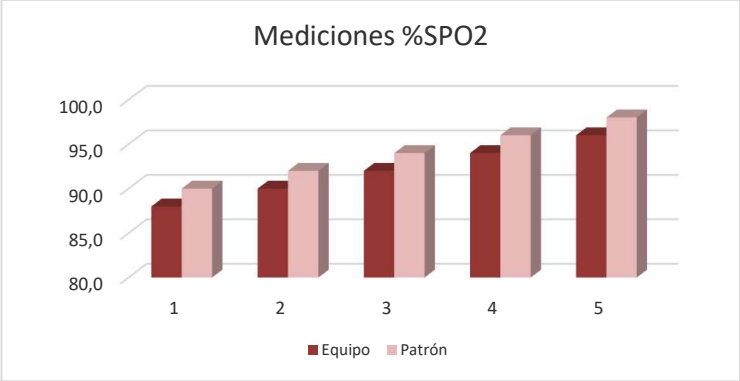
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16396 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	92,0	94,0	96,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
ERROR %.	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26983**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO	**Marca**	FINGERTIP
Modelo	MD300C11	**Serie**	193556503131

Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 11	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16372***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: PULSOXÍMETRO
Device

Fabricante: FINGERTIP
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: MD300C11
Model

Rango: (30~250BPM) (70~100%SPO2)
Range:

Número de Serie: 193556503131
Serial Number:

Resolución: (1BPM) (1SPO2)
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

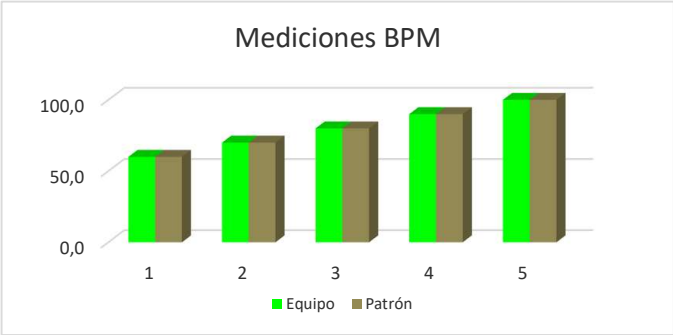
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16372 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	34,7	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

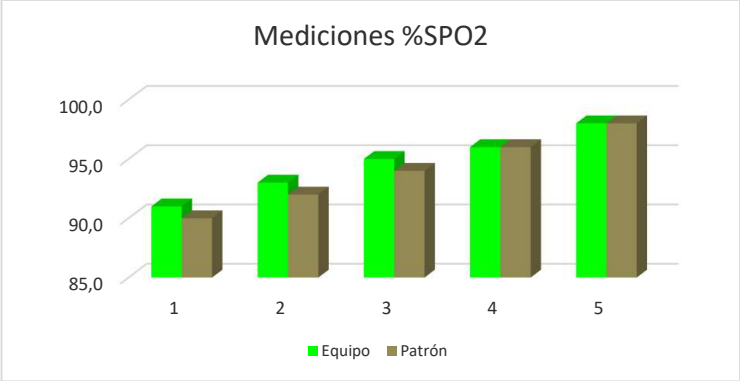
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16372 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	91,0	93,0	95,0	96,0	98,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	0,0	0,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	0,0	0,0
U_exp	2,07	2,07	2,07	1,72	1,721

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27246**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS 10C			**Serie**	FS1C2111030501078				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16491***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS 10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501078	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

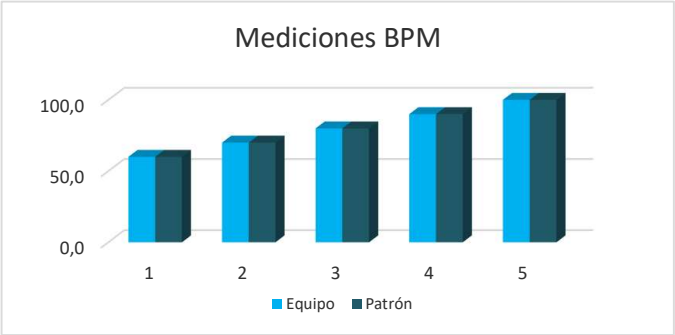
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16491 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

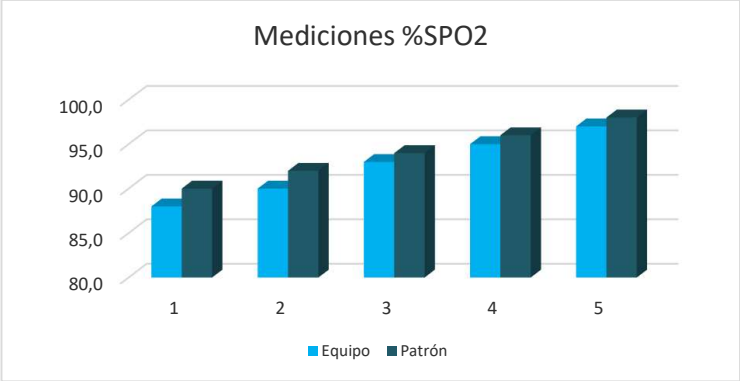
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16491 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	93,0	95,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	2,9	2,9	1,4	1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,07	2,07	2,072

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27248**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO	**Marca**	HOME LIFE
Modelo	FS 10C	**Serie**	FS1C2111030501075

Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16494***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS 10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501075	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

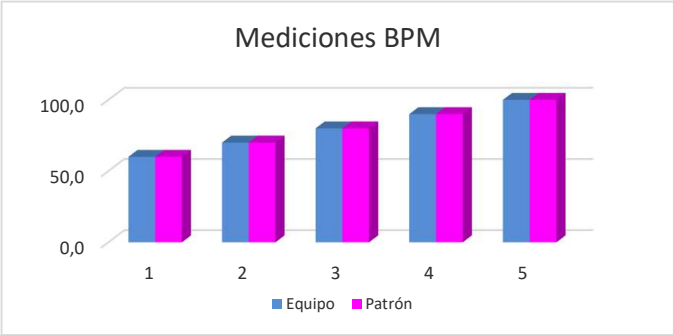
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16494 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

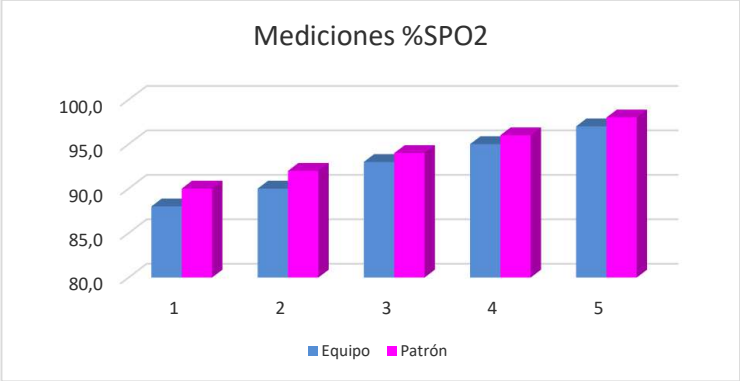
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16494 Fecha: 29-abr-26 página 3 de 3



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	93,0	95,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	2,9	2,9	1,4	1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26982**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS 10C			**Serie**	FS1C2111030501194				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 10	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16371***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS 10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501194	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

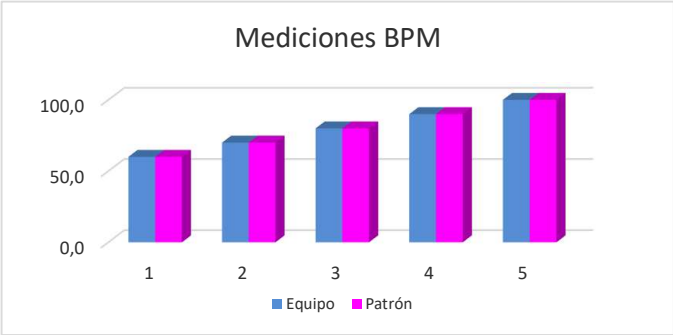
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16371 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

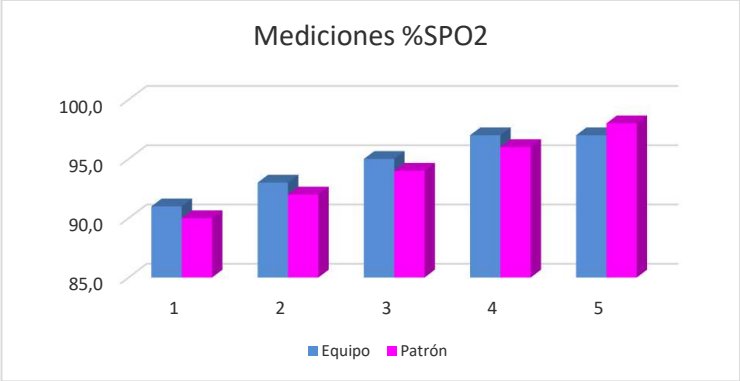
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16371 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	91,0	93,0	95,0	97,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	1,0
ERROR %.	-1,4	-1,4	-1,4	-1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27996**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO	**Marca**	HOME LIFE
Modelo	FS10C	**Serie**	FS1C2111030501193

Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 12	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16368***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501193	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

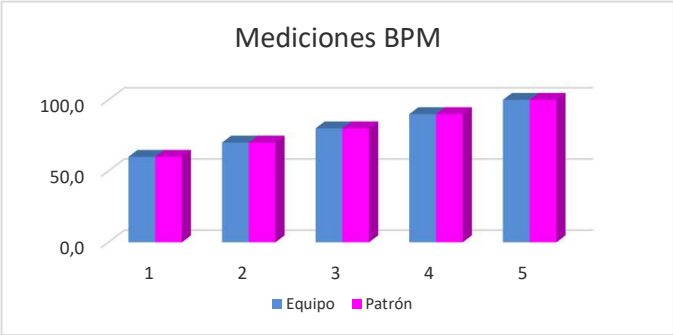
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16368 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

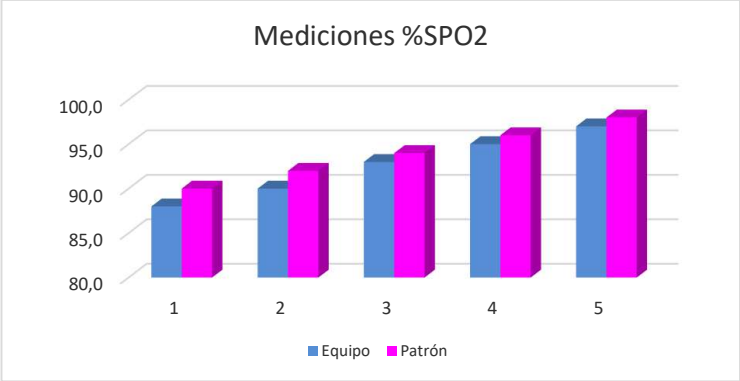
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16368 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	93,0	95,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	2,9	2,9	1,4	1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27247**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS 10C			**Serie**	FS1C2111030501096				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16492***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS 10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501096	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

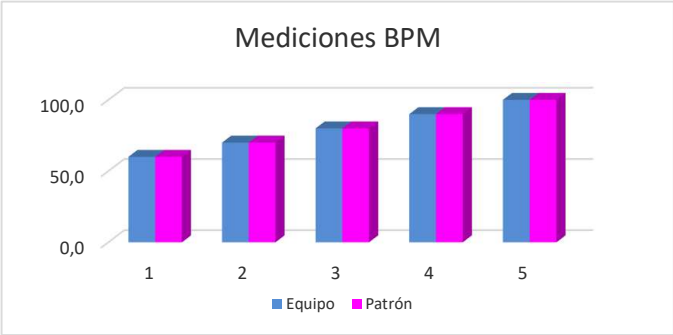
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16492 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

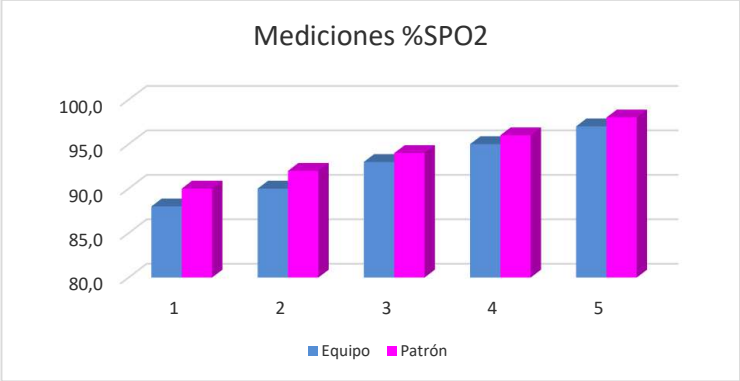
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16492 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	93,0	95,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	2,9	2,9	1,4	1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27241**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C2111030501086				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16496***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501086	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

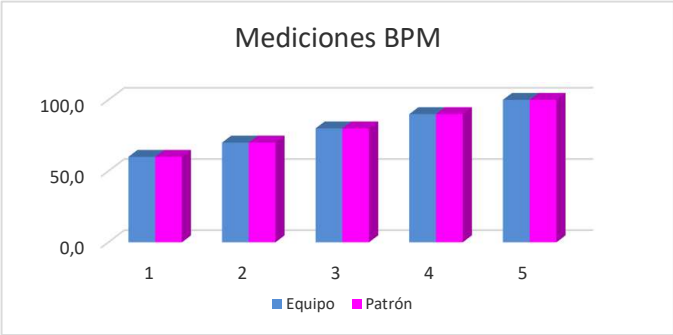
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16496 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

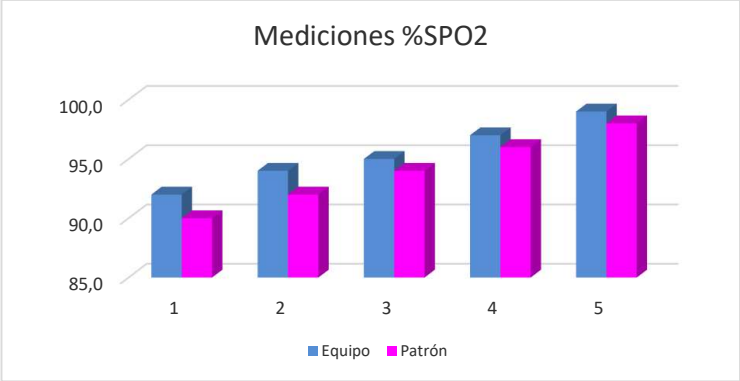
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16496 Fecha: 29-abr-26 página 3 de 3



VALOR EN EQUIPO %SPO2	92,0	94,0	95,0	97,0	99,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	-2,0	-2,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-2,9	-2,9	-1,4	-1,4	-1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27242**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C2111030501076				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16498***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030501076	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

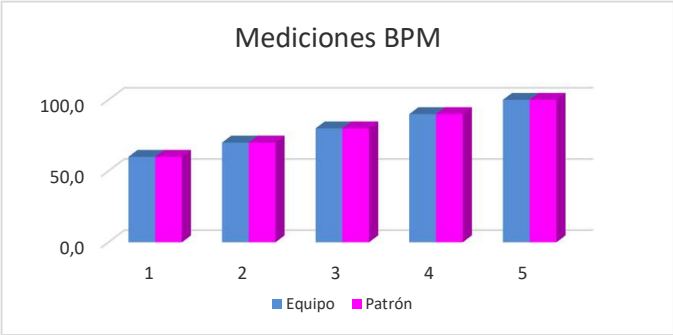
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16498 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

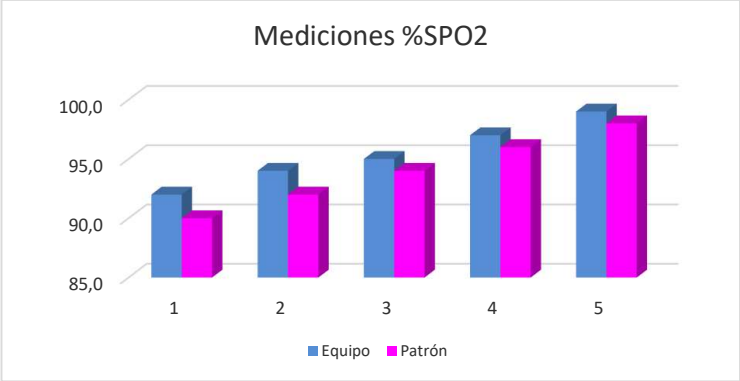
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16498 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	92,0	94,0	95,0	97,0	99,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	-2,0	-2,0	-1,0	-1,0	-1,0
ERROR %.	-2,9	-2,9	-1,4	-1,4	-1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27243**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C2111030500192				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos		**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16495***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C2111030500192	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

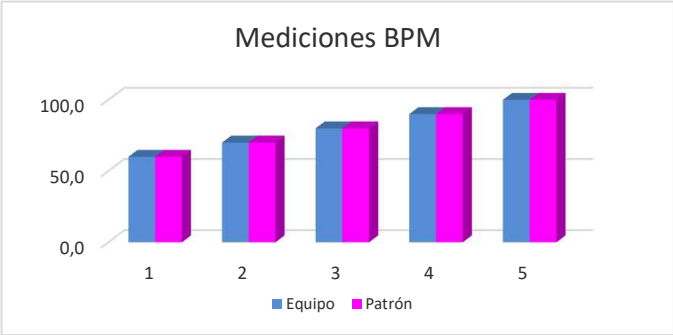
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16495 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

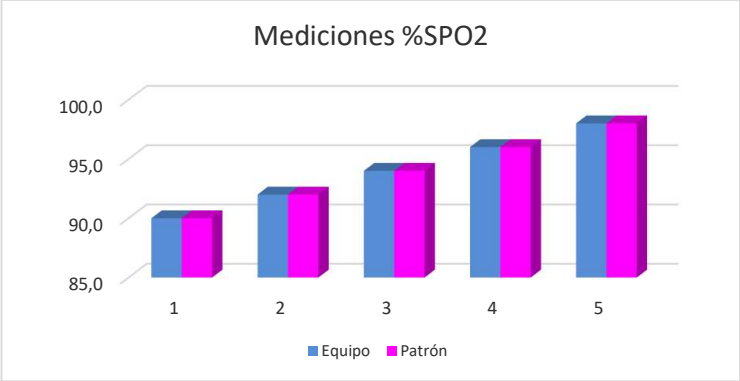
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16495 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27244**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C21110305001098				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16499***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C21110305001098	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

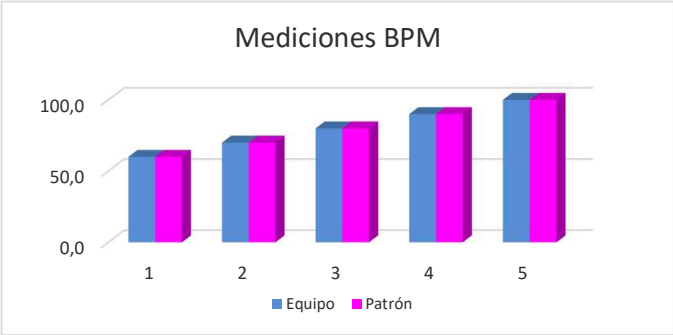
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16499 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

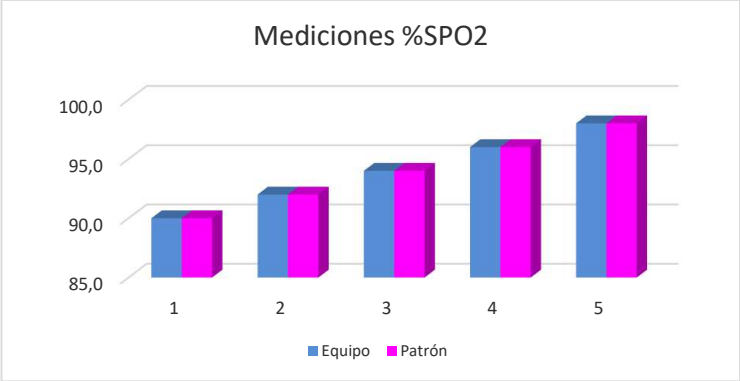
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16499 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27245**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C21110305001084				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16500***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: *Device*	PULSOXÍMETRO		
Fabricante: *Manufacturer*	HOME LIFE	**Estado de Recepción:** *Reception Condition:*	En Uso.
Modelo: *Model*	FS10C	**Rango:** *Range:*	(25~250BPM) (70~100%SPO2)
Número de Serie: *Serial Number:*	FS1C21110305001084	**Resolución:** *Resolution:*	(1BPM) (1SPO2)
Solicitante: *Customer*	IPS PROTEGER	**NIT:** *TIN*	900434629-1
Dirección: *Adress*	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO	**Teléfono:** Telephone Number	3142769149
Fecha de Recepción: *Reception date*	29-abr-26	**Fecha de Calibración**: *Calibration date*	29-abr-26
Procedimiento: *Procedure*	Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción		
Calibró: *Calibrated by*	**MAURICIO ESQUIVEL** INGENIERO DE SERVICIO		Página: 1 de 3 *pag 1 of 3*

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

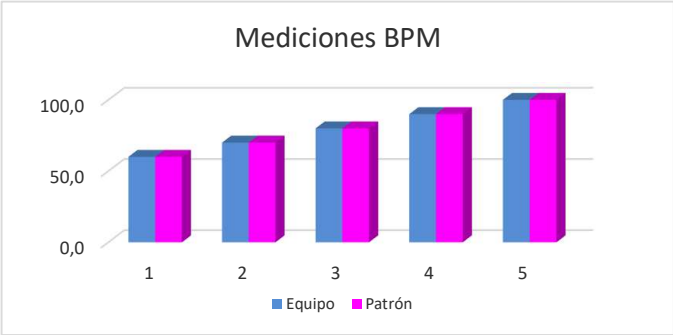
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16500 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

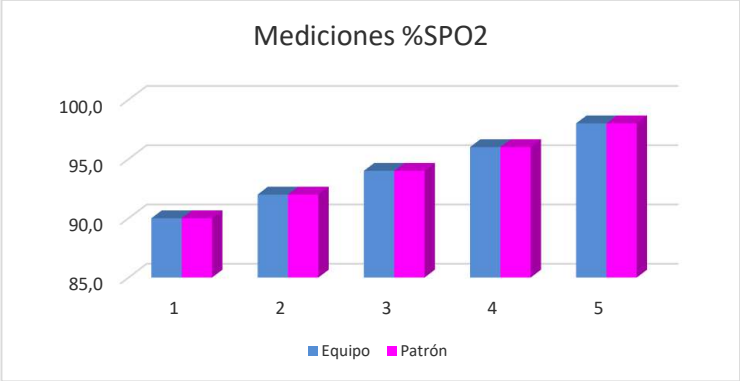
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16500 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**REPORTE DE SERVICIO**	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27249**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	PULSOXÍMETRO			**Marca**	HOME LIFE				
Modelo	FS10C			**Serie**	FS1C21110305001100				
Voltaje	3 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	DISPONIBLE	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO					
	Preventivo	**XX**	**Garantía**		**Valoración**
	Correctivo		V. de P. Metrológicos	**XX**	

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	NO	N/A	
Sistemas Ópticos	SI	SI	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN CON TRAZABILIDAD

VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

LIMPIEZA GENERAL

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN

OBSERVACIONES

EQUIPOFUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16493***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: PULSOXÍMETRO
Device

Fabricante: HOME LIFE
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: FS10C
Model

Rango: (25~250BPM) (70~100%SPO2)
Range:

Número de Serie: FS1C21110305001100
Serial Number:

Resolución: (1BPM) (1SPO2)
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. Procedimiento CEM EL- 010 Para la calibración de calibradores multifunción
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

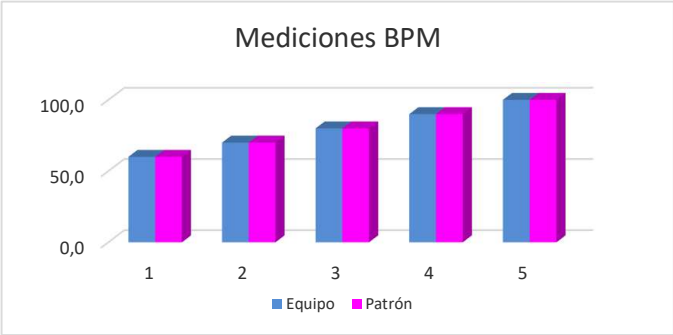
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16493 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	Simulador OXIMETRÍA	**Marca**	CONTEC	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	MS100	**Serie**	19100600001	**Número de Certificado**	L4863

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
VALOR EN PATRÓN BPM	60,0	70,0	80,0	90,0	100,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ERROR %.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
U_exp	1,61	1,61	1,61	1,61	1,606

Resultados de la medición.

Prom IBC BPM	80,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección BPM	0,0

Incertidumbre expandida

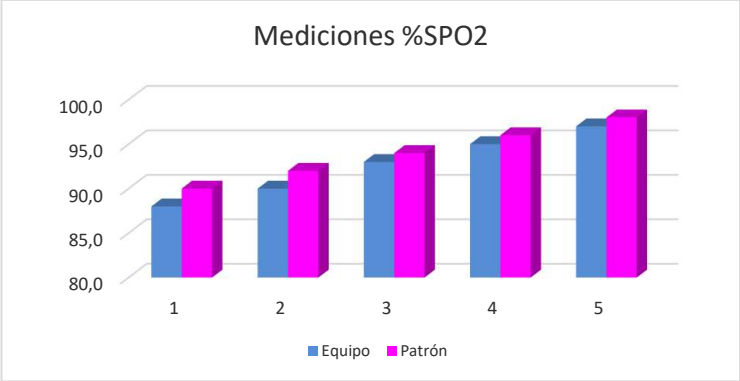
$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	**CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN**	**CÓDIGO**	**MET5005**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**

Certificado N° 16493 Fecha: 29-abr-26



VALOR EN EQUIPO %SPO2	88,0	90,0	93,0	95,0	97,0
VALOR EN PATRÓN %SPO2	90,0	92,0	94,0	96,0	98,0
ERROR ABS	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
ERROR %.	2,9	2,9	1,4	1,4	1,4
U_exp	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88

Resultados de la medición.

Prom IBC %SPO2	94,0

Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección

Corrección %SPO2	1,4

Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**26994**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESPIRÓMETRO			**Marca**	CONTEC				
Modelo	SPM-A			**Serie**	23080100018				
Voltaje	9 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 9	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	XX	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN
SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16355***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: ESPIRÓMETRO
Device

Fabricante: CONTEC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: SPM-A
Model

Rango: 0~16Lts.
Range:

Número de Serie: 23080100018
Serial Number:

Resolución: 30mLts.
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

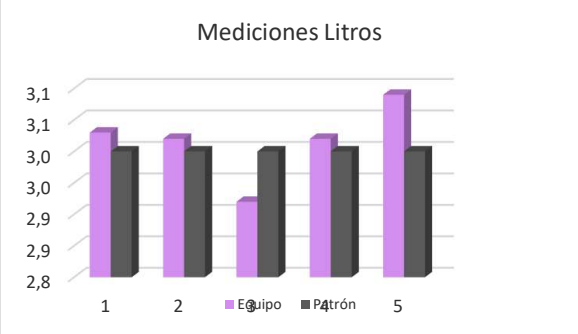
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16355 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	JERINGA VOLUMETRICA	**Marca**	A-M SYSTEMS	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	122702	**Serie**	139909	**Número de Certificado**	L5367

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Lts.	3,0	3,0	2,9	3,0	3,1
VALOR EN PATRÓN Lts.	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
ERROR ABS	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1
ERROR %.	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,562	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Lts.	3,0

Corrección Lts.	0,1

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***REPORTE DE SERVICIO***	**CÓDIGO**	**ING5001**
		VERSIÓN	**001**
		FECHA ACTUALIZACIÓN	**12/01/2023**
		CONSECUTIVO No.	**27020**

INFORMACIÓN CLIENTE	**Fecha de servicio**
	29-abr-26

Entidad	IPS PROTEGER			**Dirección**	CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Nit / CC	900434629-1	**Profesional**	ORLANDO HERNANDEZ MANRIQUE	**Tel:**	3142769149

INFORMACIÓN EQUIPO

Equipo	ESPIRÓMETRO			**Marca**	CONTEC				
Modelo	SPM-A			**Serie**	23060300011				
Voltaje	9 V	**Watios**	N/A	**Amperios**	N/A	**Ubicación**	CONS. 4	**CLASE**	IA
Falla Reportada	N/A								

TIPO DE MANTENIMIENTO						
	Preventivo	XX	**Garantía**		**Valoración**	
	Correctivo		V. de P. Metrológicos			

VERIFICACIONES	**APLICA SI / NO**	**CONFORME SI / NO**	**OBSERVACIÓN**
Acabados Externos	SI	SI	
Controles	SI	SI	
Indicadores / Pantallas Análogos.	NO	N/A	
Indicadores / Pantallas Digitales	SI	SI	
Sistemas Eléctricos	SI	SI	
Sistemas Electrónicos	SI	SI	
Sistemas Hidráulicos	NO	N/A	
Sistemas Mecánicos	NO	N/A	
Sistemas Neumáticos	SI	SI	
Sistemas Ópticos	NO	N/A	
Sistemas Acústicos	NO	N/A	

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

SE REALIZA PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN
SE REALIZA PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
LIMPIEZA GENERAL

OBSERVACIONES

EQUIPO FUNCIONANDO BAJO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL FABRICANTE

ING. MAURICIO ESQUIVEL O.	
T.P. 25244207712 CND	PROFESIONAL ÁREA

LOS RESULTADOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE REPORTE FUERON TOMADOS EN EL MOMENTO Y CONDICIONES EN QUE SE EFECTUARON LAS LABORES, NO HABRÁ GARANTÍAS POR EL USO INADECUADO DE LOS ELEMENTOS INTERVENIDOS, LA GARANTIA SOBRE REPUESTOS ESTA LIGADA DIRECTAMENTE A LAS CONDICIONES DEL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS	***CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN***	CÓDIGO	MET5005
		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023
CALIBRATION CERTIFICATE			
	CERTIFICADO NÚMERO:		***16391***
	Fecha de Expedición:		**29-abr-26**

Equipo: ESPIRÓMETRO
Device

Fabricante: CONTEC
Manufacturer

Estado de Recepción: En Uso.
Reception Condition:

Modelo: SPM-A
Model

Rango: 0~16Lts.
Range:

Número de Serie: 23060300011
Serial Number:

Resolución: 30mLts.
Resolution:

Solicitante: IPS PROTEGER
Customer

NIT: 900434629-1
TIN

Dirección: CLL 26 C # 37 - 38 VILLAVICENCIO
Adress

Teléfono: 3142769149
Telephone Number

Fecha de Recepción: 29-abr-26
Reception date

Fecha de Calibración: 29-abr-26
Calibration date

Procedimiento: Comparación directa con equipo patrón. OIML R 16-1 Edition 2002 E International Recommendation Non-invasive mechanical sphyngmomanometers
Procedure

Calibró: **MAURICIO ESQUIVEL**
INGENIERO DE SERVICIO
Calibrated by

Se prohíbe la reproducción de este certificado sin previa autorización de **MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS,** así como del propietario del equipo. Los resultados de calibración expresados en este certificado, deben tenerse en cuenta para la utilización de dicho equipo. Este certificado de calibración está sujeto a la norma NTC-ISO/TEC 17025, y expresa fielmente los resultados y cálculos de la medición realizada.

Trazabilidad: El certificado de calibración documenta la trazabilidad a los patrones nacionales, que realizan las unidades de medida de acuerdo con el Sistema International de Unidades (SI)

Incertidumbre de medición: La estimación de la incertidumbre es basada en la "GUÍA PARA LA EXPRESIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LAS MEDICIONES GTC 51-1997" y "Guía para la expresión de incertidumbre de medida CEM 2008: edición 3 de 2009"

MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos calibrados y del presente documento.

Los resultados contenidos en este certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones.

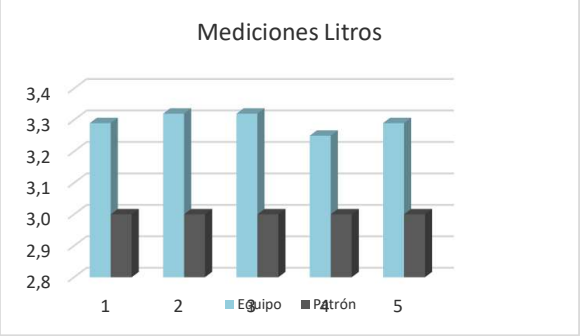
El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN	CÓDIGO	MET5005
MAHOS BIOMEDICAL SERVICE SAS		VERSIÓN	001
		FECHA ACTUALIZACIÓN	12/01/2023

Certificado N° 16391 Fecha: 29-abr-26

INFORMACIÓN EQUIPO PATRÓN					
Equipo	JERINGA VOLUMETRICA	**Marca**	A-M SYSTEMS	**Certificado por:**	BIOSANCTA
Modelo	122702	**Serie**	139909	**Número de Certificado**	L5367

CONDICIONES AMBIENTALES			
TEMPERTAURA °C	28	HUMEDAD RELATIVA%	55



VALOR EN EQUIPO Lts.	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
VALOR EN PATRÓN Lts.	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
ERROR ABS	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
ERROR %.	-0,4	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4
INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	0,539	0,55	0,562	0,573	0,585

Resultados de la medición. **Lectura verdadera = indicación del equipo + corrección**

Prom IBC Lts.	3,3

Corrección Lts.	-0,3

Fórmula Incertidumbre expandida

$$U_{\exp} = kU(c_t)$$

Estimación de la incertidumbre.

La incertidumbre de medición reportada fue estimada teniendo en cuenta las contribuciones debidas a la resolución y repetibilidad del instrumento bajo calibración (IBC), la trazabilidad de los instrumentos patrón y la dispersión de los datos a medir. Esta incertidumbre fue tratada como una distribución t-student y esta expandida con un factor de cobertura K=2, correspondiente a un nivel de confianza del 95%

ING. ALEJANDRA MESA F.
Coordinadora Metrología
T.P. 25244220745 CND

FIN DEL CERTIFICADO