CONTRATO O CONVENIO No.	053-ARC-DISAN-2026
FECHA FIRMA CONTRATO	28 JULIO 2026
CONTRATISTA:	UNION TEMPORAL SALUD ARMADA 2026
NIT:	902.087.366-6
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	05 OCTUBRE 2026
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	SEPTIEMBRE 2026

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	ADQUISICIÓN A TODO COSTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL Y SUS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR.

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
001	24/08/2026	MODIFICAR PARCIALMENTE LA CLAUSULA QUINTA - VALOR Y FORMA DE PAGO del contrato de compraventa N° 053-ARC-DISAN-2026, en el sentido de adicionar la suma DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($299.945.200,00).
----------	----------	----------

2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TERMOHIGROMETRO	10	$ 267.400	$ 2.674.000
MONITOR FETAL	1	$ 7.825.600	$ 7.825.600
DOPPLER FETAL	7	$ 913.200	$ 6.392.400
NEBULIZADOR	9	$ 601.300	$ 5.411.700
DESFIBRILADOR	2	$ 23.636.100	$ 47.272.200
MONITOR DE SIGNOS VITALES	14	$ 4.406.200	$ 61.686.800
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	15	$ 5.001.200	$ 75.018.000
PULSIOXIMETRO	6	$ 996.900	$ 5.981.400
ELECTROCARDIOGRAFO	8	$ 4.806.400	$ 38.451.200
SUCCIONADOR	7	$ 1.686.800	$ 11.807.600
PESA BEBE	4	$ 2.380.000	$ 9.520.000
DEA	4	$ 7.695.500	$ 30.782.000
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4	$ 698.700	$ 2.794.800
CAMA HOSPITALARIA	19	$ 13.790.000	$ 262.010.000
LAMPARA CUELLO DE CISNE	2	$ 3.500.000	$ 7.000.000
TESIOMETRO DE PARED	2	$ 2.373.800	$ 4.747.600
INFANTOMETRO	4	$ 689.800	$ 2.759.200
FONENDOSCOPIO	10	$ 610.600	$ 6.106.000
BASCULA TALLIMETRO	2	$ 2.348.000	$ 4.696.000
TENSIOMETRO PORTATIL	11	$ 759.000	$ 8.349.000
TOTAL			**$ 601.285.500**

EQUIPOS ADICIONADOS

EQUIPO	CANTIDAD	ESM	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
BASCULA TALLIMETRO	4	DMBHM 1 UBATM 1 DMBOG 2	$ 2.348.000,00	$ 9.392.000,00
CAMA HOSPITALARIA	3	HONAC 3	$ 13.790.000,00	$ 41.370.000,00
DEA	6	DMBUN 1 UBATM 1 UBAIN 1 UBASA 1 DMCOR 1 UBAML 1	$ 7.695.500,00	$ 46.173.000,00
DESFIBRILADOR	3	DMBUN 1 HONAC 1 UBAML 1	$ 23.636.100,00	$ 70.908.300,00
DOPPLER FETAL	2	UBACR 1 UBAML 1	$ 913.200,00	$ 1.826.400,00
ELECTROCARDIOGRAFO	6	UBATM 1 DMBHM 1 HONAC 1 DMCOV 1 UBASA 1 UBAML 1	$ 4.806.400,00	$ 28.838.400,00
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	5	UBAIN 2 DMCOR 1 UBACT 1 UBAML 1	$ 5.001.200,00	$ 25.006.000,00
FONENDOSCOPIO	4	BLAS DE LEZO 1 DMCOV 1 UBAMG 1 UBAML 1	$ 610.600,00	$ 2.442.400,00
INFANTOMETRO	9	DMBOG 4 DMCOV 1 UBAMG 1 UBASA 1 DMCOR 1 UBAML 1	$ 689.800,00	$ 6.208.200,00
LAMPARA CUELLO DE CISNE	1	UBATM 1	$ 3.500.000,00	$ 3.500.000,00
MONITOR DE SIGNOS VITALES	4	UBAGP 1 UBATM 1 UBACT 1 UBAML 1	$ 4.406.200,00	$ 17.624.800,00
MONITOR FETAL	2	HONAC 1 UBAML 1	$ 7.825.600,00	$ 15.651.200,00

NEBULIZADOR	6	UBABS 1 DMBOG 2 DMCOV 1 UBAML 1 ENAP 1	$	601.300,00	$	3.607.800,00
PESA BEBE	5	DMBOG 2 DMLEG 2 UBACR 1	$	2.380.000,00	$	11.900.000,00
PULSIOXIMETRO	3	UBACR 1 DMBOG 1 UBAML 1	$	996.900,00	$	2.990.700,00
SUCCIONADOR	3	DMBOG 2 UBAML 1	$	1.686.800,00	$	5.060.400,00
TENSIOMETRO DE PARED	1	UBAML	$	2.373.800,00	$	2.373.800,00
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4	DMBHM 1 BLAS DE LEZO 1 DMCOR 1 UBAML 1	$	698.700,00	$	2.794.800,00
TENSIOMETRO PORTATIL	3	HONAC 1 BLAS DE LEZO 1 UBACT 1	$	759.000,00	$	2.277.000,00
				TOTAL	**$**	**299.945.200,00**

2.1. OBSERVACIONES

N/A

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	SEISCIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE. ($601.285.500,00).
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE. ($ 299.945.200,00).
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	NOVECIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE. ($ 901.230.700,00).

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
COMPRAVENTA	$ 901.230.700,00 M/CTE

3.2. OBSERVACIONES

N/A

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

NO APLICA NO SE CONTEMPLÓ EN LA FORMA DE PAGO ANTICIPO

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2026	10326	20 DE FEBRERO DE 2026	$3.535.150.000.00	12026	29 DE JULIO DE 2026	$901.230.700,00

4.1. OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA CORRIENTE	24157011995

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	UNA VEZ INICIADO ELECTRÓNICAMENTE EL CONTRATO, PREVIA EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y APROBACIÓN DE LA POLIZA HASTA EL 06 DE NOVIEMBRE DE 2026
PLAZO DE DURACIÓN	3 MESES Y 4 DIAS
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO OCONVENIO	06 DE NOVIEMBRE DEL 2026

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	33-44-101278749
FECHA EXPEDICIÓN:	30 JULIO 2026
FECHA EXPEDICIÓN:	06 NOVIEMBRE 2027
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/07/2026	06/03/2027	$ 120.257.100,00

CALIDAD DEL SERVICIO	30/07/2026	06/03/2027	$ 120.257.100,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	30/07/2026	06/11/2027	$ 120.257.100,00

POLIZA ADICIÓN 1

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/07/2026	06/03/2027	$180.246.120,00
CALIDAD DEL SERVICIO	30/07/2026	06/03/2027	$180.246.120,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	30/07/2026	06/11/2027	$180.246.120,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	NO APLICA
FECHA EXPEDICIÓN:	----------
FECHA EXPEDICIÓN:	----------
ASEGURADORA:	----------

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
			VALOR TOTAL	----------

8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)

FECHA DE ENTREGA A ÁREA DE AUDITORIA POR EL SUPERVISOR	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------

---	---	---	---	---
			VALOR TOTAL	---

8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO

FECHA DE ENTREGA POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE CONTRATOS	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
---	---	---	---	---
---	---	---	---	---
---	---	---	---	---
			VALOR TOTAL	---

9. FACTURAS PAGADAS

CONTRATADO				PAGADO			
TIPO DE PAGO	**VIGENCIA**	**VALOR $**	**OBLIGACIÓN No.**	**FECHA OBLIGACIÓN**	**ORDEN DE PAGO No.**	**FECHA ORDEN DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---

*Tipo de Pago: Acuerdo clausula valor y forma de pago de debe indicar cono quedo registrado. Ejemplo: Parcial, Mensual, Total etc.

*Para lo ITEMS Obligación No., fecha obligación, orden de pago, fecha orden de pago, valor pagado, es información suministrada por el área de tesorería o su equivalente en los ESM ARC.

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 901.230.700,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	0
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	0
SALDO POR LIBERAR	0

OBSERVACIONES

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

Durante el mes de SEPTIEMBRE se recibieron los siguientes equipos:

EQUIPOS INICIALES

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
TERMOHIGROMETRO	10
MONITOR FETAL	1
DOPPLER FETAL	7
NEBULIZADOR	9
DESFIBRILADOR	2
MONITOR DE SIGNOS VITALES	14

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	15
PULSIOXIMETRO	6
ELECTROCARDIOGRAFO	8
SUCCIONADOR	6
PESA BEBE	4
DEA	4
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4
CAMA HOSPITALARIA	19
LAMPARA CUELLO DE CISNE	2
TESIOMETRO DE PARED	2
INFANTOMETRO	4
FONENDOSCOPIO	10
BASCULA TALLIMETRO	2
TENSIOMETRO PORTATIL	11

EQUIPOS ADICIONADOS

EQUIPO	CANTIDAD
BASCULA TALLIMETRO	4
CAMA HOSPITALARIA	3
DEA	5
DESFIBRILADOR	3
ELECTROCARDIOGRAFO	6
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	3
FONENDOSCOPIO	4
INFANTOMETRO	9
LAMPARA CUELLO DE CISNE	1
MONITOR DE SIGNOS VITALES	4
MONITOR FETAL	2
NEBULIZADOR	6
PESA BEBE	5
PULSIOXIMETRO	3
TENSIOMETRO DE PARED	1
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4
TENSIOMETRO PORTATIL	3

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se coordina el envío y la recepción de los equipos del listado inicial y de las adiciones a cada uno de los establecimientos correspondientes.

Se recibe el 95% de los equipos en los diferentes establecimientos a nivel nacional, adicionalmente se reciben las ordenes de suministro firmadas por parte de los almacenistas de cada Establecimiento.

12. APORTES PARAFISCALES

Se anexa el soporte de pago de seguridad social del contratista correspondiente al mes de SEPTIEMBRE.

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

El contratista ha dado respuestas a las solicitudes de información requeridas mensualmente y a las entregas pactadas

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

El presente contrato corresponde a una compraventa con ejecución PARCIAL, por lo tanto, la ejecución del contrato se encuentra en un 95%.

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

soporte de pago de seguridad social SEPTIEMBRE

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)







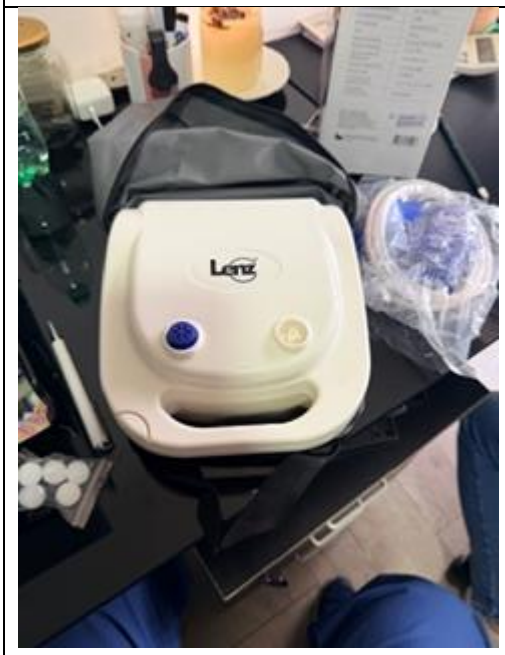



Medizinischer Vernebler
Krankenhaus - Institutionell
Lenz
ENAP
Medizinischer Vernebler
Krankenhaus - Institutionell
Lenz
Ideal für:


ND12
COMEN








COMEN


EDAN


COMEN





NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO O CONVENIO: TATIANA MARIA CALDERON AMAYA
CARGO: INGENIERA BIOMEDICA
DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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	901143768-1	EMELAB SAS		CR 19 39 A 19	3185470607	GERENCIAEMELAB@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94022333	06/08/2026	2	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NÓMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-08	2026-07	E	$3,660,905	$895.600	

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					
EP0005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EP0008	Compensar EPS	860066942-7	76.000	0		0		0	0	0	0	76.000	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	304.000	0	0	0	0	0	0		304.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	19.200				19.200	0	0	19.200			192	19.200	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Comfenalco Cala	860066942-7	146.100	0	0	146.100	2

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	2	146.100	146.100
Pensión	2	584.200	584.200
Riesgos Laborales	1	19.200	19.200
CCF	1	146.100	146.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	895.600	895.600

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	901143769-1	EMELAB SAS	CR 19 39 A 19	3185470607	GERENCIAEMELAB@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94022333	06/08/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$3,650,905	$895,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Aprendiz	Estudiante Decreto 055	Estudiante Decreto 1429	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SNL	IRL	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	Horas Trab	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1030577731	SEGURA PARRA CLAUDIA JOHANA	1	0	0	0																230201	1.900.000	30	304.000	0	0	0	0	EPS008	1.900.000	30	76.000	14-11	1.900.000	30	1	10.000	CCF24	1.900.000	30	76.000	0	0	0	0	0
2	CC 52111809	RODRIGUEZ CASTILLO NUBIA MARITZA	1	0	0	0																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	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

ET SERVICES INGENIERÍA BIOMÉDICA

CERTIFICACION PAGO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

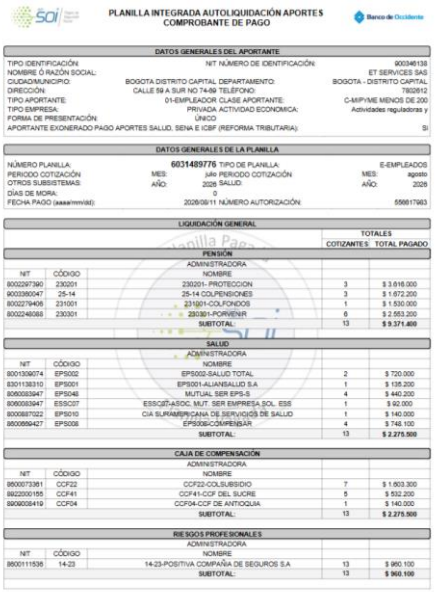
Bogotá D.C, 28 de agosto del 2026

Señores:

Yo, John Mario Acuña Martínez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 9.194.180 expedida en Sucre (Sucre), actuando en calidad de Revisor Fiscal manifiesto bajo la gravedad del juramento que la Empresa ET SERVICES SAS con Nit No. 900.346.138-8 ha cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, durante los últimos 6 meses del año en curso, por tanto se encuentra a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No. **6031489776** que se efectúa por medio de la entidad Banco de occidente.

REVISOR FISCAL

Firma:
John Mario Acuña Martínez
CC. 9.194.180
Revisor Fiscal
TP-55280
ET SERVICES SAS
NIT: 900.346.138-8
Dirección Principal: Cll 59A N°74-61 SUR Bogotá D.C
Tel: (1) 7802612
Sede: Km 1 300 Mts vía Sincelejo-Corozal
TEL: (5) 2498583-3116390123
Correo electrónico: contabilidad@etservicessas.com



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900346138
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ET SERVICES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 59 A SUR NO 74-69	TELÉFONO:	7802612
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6031489776	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN:		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			556817983

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	3	$ 3.616.000
8002390047	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 1.672.200
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 1.530.000
8002246088	230301	230301- PORVENIR	6	$ 2.553.200
		SUBTOTAL:	13	$ 9.371.400
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 720.000
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1	$ 135.200
8060083947	EPS048	MUTUAL SER EPS-S	4	$ 440.200
8060083947	ESSC07	ESSCMT-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 92.000
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 140.000
8600899427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	4	$ 748.100
		SUBTOTAL:	13	$ 2.275.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	7	$ 1.603.300
8922000155	CCF41	CCF41-CCF DEL SUCRE	5	$ 532.200
8908008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 140.000
		SUBTOTAL:	13	$ 2.275.500
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 960.100
		SUBTOTAL:	13	$ 960.100

VALOR SIN MORA:	**$ 14.882.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 14.882.500**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada