PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 01 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2024	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	El lugar del cumplimiento del contrato se realizará en el Complejo Central del SENA Regional Antioquia: Calle 51 N° 57 – 70 Medellín y en los demás municipios de Antioquia requeridos por el servicio y notificados por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO.** Ordenadora del gasto: Nora Luz Salazar Marulanda
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	CARLOS DARÍO JIMÉNEZ BALOCO
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	CARMEN ALEIDA GIRALDO
CONTRATO No:	**CO1.PCCNTR.6535196 DE 2024**
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	"5_9401_832 Prestar el servicio de vacunación de acuerdo a la necesidad para los aprendices del área asistencial y demás que requieran realizar prácticas en las instituciones del sector salud y demás campos de práctica".
VALOR:	Será hasta de DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($297.050.000); incluido el I.V.A, retenciones, impuestos, tasas, contribuciones, mano de obra, transporte y todo costo directo e indirecto que la ejecución conlleve con cargo al CDP N°5924 del 30 de abril de 2024, expedido por el despacho de la Regional Antioquia.
CONTRATISTA:	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S Dirección: Calle 16 A SUR 48 29 LOCAL 102 - Medellín Teléfono: 3117336033 - 6044144930 Correo electrónico: direccion-medellin@suplimed.com.co monzapata@yahoo.es
NIT:	NIT. 811.031.144-7
LUGAR DE EJECUCIÓN:	El lugar del cumplimiento del contrato se realizará en el Complejo Central del SENA Regional Antioquia: Calle 51 N° 57 – 70 Medellín y en los demás municipios de Antioquia requeridos por el servicio y notificados por el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El contratista deberá hacer entrega y aplicación de las vacunas y otros materiales médicos requeridos teniendo los requisitos, procedimientos

	y condiciones exigida en la normativa vigente, en la sede del Sena Complejo Central el cual está ubicado en: Calle 51 Nº 57-70 Medellín, las sedes alternas Buenos Aires y el Pomar, los Municipios del área metropolitana y del resto del departamento, donde el Centro de Servicios de Salud cuenta con oferta de programas de formación. PARÁGRAFO: Para todos los efectos contractuales se tendrán como domicilio la ciudad de Medellín, Antioquia.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	23 de julio de 2024
FECHA DE INICIO:	23 de julio de 2024
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	El plazo de ejecución del objeto contractual será por vigencia de hasta seis (6) meses desde la firma de acta de inicio y aprobación de garantías, sin que exceda el 15 de diciembre de 2024.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	Será hasta de **DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($297.050.000);** incluido el I.V.A, retenciones, impuestos, tasas, contribuciones, mano de obra, transporte y todo costo directo e indirecto que la ejecución conlleve con cargo al CDP N°5924 del 30 de abril de 2024, expedido por el despacho de la Regional Antioquia.
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:	hasta de **DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($297.050.000)**
PRÓRROGA No :	No a la fecha
ADICIÓN No. :	No a la fecha
SUSPENSIÓN No. :	No a la fecha
FORMA DE PAGO:	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera: El SENA cancelará el valor del contrato mediante PAGOS PARCIALES dentro de los treinta (30) días siguientes correspondientes a la entrega de los bienes referidos, recibidos a entera satisfacción y previa presentación de la correspondiente factura con el lleno de los requisitos administrativos y fiscales exigidos por la ley y la Entidad, la certificación de pago de los aportes parafiscales, esto en cumplimiento de la ley 789 de 2002 y del artículo 23 de la ley 1150 de 2007, y la certificación de recibo a satisfacción del objeto contratado emitida por el supervisor del contrato, este desembolso estará sujeto, sin embargo, a la disponibilidad de PAC. Además, las demoras presentadas por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y los anteriores solo se contarán

	desde la fecha en que quede corregida la cuenta o factura o desde la en que se aporte el último de los documentos, todas las dilaciones presentadas por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá derecho al pago de intereses o compensación. Las facturas deberán entregarse los dieciocho (18) primeros días de cada mes. Recuerden que se debe subir la factura e informes solicitados, con los dos (2) últimos soportes de pago de seguridad social al día, mediante plataforma SECOPII. Si el contratista está obligado a factura electrónica, deberá tener en cuenta Presentar la factura legal y/o cuenta de cobro al momento de la realización del Pago según Circular Interna 3-2024-000019 del 25 de enero de 2024 mediante la cual se implementan nuevos lineamientos para la expedición de factura electrónica por parte contratistas y proveedores, y de conformidad con el Manual F-DI-14 MÓDULO RECEPCIÓN GESTIÓN DE DOCUMENTOS FACTURA ELECTRONICA y/o cuenta de cobro al momento de la solicitud de ejecución del pago. NOTA: La factura deberá venir a nombre del SENA, NIT 899.999.034-1 Carrera 51 No 57-70 piso 9 TORRE SUR, y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del estatuto tributario.

OBLIGACIONES GENERALES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
a. Ejecutar el objeto del Contrato en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en los Documentos del Proceso de contratación.	El contratista realiza jornadas de vacunación en las siguientes fechas: 12 de agosto al 16 de agosto y el 20 de agosto total dosis asi: Toxoide Tetánico: 83 dosis, Varicela: 563 Hepatitis B – adulto: 1480, Influenza adulto: 1043 dosis	**Factura de venta N° DM122876.** **Reporte de vacunación**
b. Cumplir con las especificaciones técnicas del objeto presentadas en la oferta.	El contratista cumple con: cadena de frio, transporte de vacunas y personal capacitado.	**Documentación en SECOP II** **Captura de pantalla de cargue**
c. Dar a conocer al SENA cualquier reclamación, petición, orden o similar de terceros que indirecta o directamente pueda tener algún efecto sobre la ejecución del contrato o sobre sus obligaciones.	Durante la ejecución del contrato no se dio a conocer al SENA ninguna, reclamación, petición, orden similar de terceros que pudiera tener algún efecto sobre el contrato	No se dio a conocer al SENA ninguna reclamación o petición de un tercero

d.	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato.	A la fecha la ejecución del contrato se desarrolla de acuerdo con lo establecido	**Registros de vacunación CARGADO EN SECOP II**
e.	Ejecutar el objeto del contrato en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad, y en los plazos establecidos por el SENA, bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras contenidas en su propuesta.	A la fecha la ejecución del contrato se desarrolla de acuerdo con lo establecido.	**Factura emitida 5 de septiembre de 2024 N° DM122876 CARGADA EN SECOP**
f.	Entregar los bienes y/o servicios, contratados con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficiencia, oportunidad y calidad en los lugares donde el SENA lo requiera.	A la fecha la ejecución del contrato se desarrolla de acuerdo con lo establecido.	**Registro de vacunación**
g.	Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta el SENA por conducto del supervisor	A la fecha la ejecución del contato se desarrolla de acuerdo a lo establecido.	**Comunicaciones mediante correos electrónicos**
h.	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente al SENA a través del supervisor acerca de la ocurrencia de tales peticiones o amenazas y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.	El contratista, durante la ejecución del contrato, no informó al SENA, acerca de peticiones o amenazas por parte de personas que actuaran fuera de la Ley.	Durante la ejecución del contrato, el SENA no recibió información por parte del contratista acerca de peticiones o amenazas por parte de personas que actuaran por fuera de la ley.
i.	Dar cumplimiento a las obligaciones con los sistemas de seguridad social, salud y pensiones y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 05 de marzo	El contratista aporta planilla de pago del sistema de seguridad social.	Planilla de seguridad social JULIO Y AGOSTO.

	de 2003, la ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1150 de 2007 y demás que las adicionen, complementen o modifiquen.		
j.	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	El contratista, durante el proceso de ejecución del contrato, en ningún momento hizo reporte inmediato ante el supervisor frente a cualquier novedad o anomalía.	El contratista no informo al supervisor del contrato, novedades o anomalías que se presentaran durante la ejecución del contrato.
k.	Guardar total reserva de la información que por razón del desarrollo de sus actividades se genere, ya que es de propiedad del SENA, salvo requerimiento de autoridad competente.	Durante el periodo de ejecución del contrato, el contratista guardó al contratante, total reserva de la información obtenida por el desarrollo de sus actividades.	El contratista guardo al SENA, con total reserva, toda la información obtenida durante la ejecución del contrato.
l.	De conformidad con los artículos 52 y 56 de la ley 80 de 1993, EL CONTRATISTA responderá civil y penalmente por las acciones y omisiones en las que incurra en la ejecución de este contrato.	El contratista no tuvo que responder ni civil, ni penalmente por las acciones u omisiones, durante el periodo de ejecución del contrato.	El contratista, durante el periodo de ejecución, no tuvo que responder ni civil, ni penalmente por acciones u omisiones que se llegasen a presentar.
m.	Tener en cuenta las especificaciones técnicas del servicio y/o bienes los cuales nunca pueden ser inferior al requisito exigido por el SENA.	El contratista tuvo en cuenta los requisitos exigidos por el SENA, frente a las especificaciones técnicas del servicio.	Frente a las especificaciones técnicas del producto, el contratista tuvo en cuenta los requisitos exigidos por el SENA.
n.	El contratista deberá correr con todos los gastos de transporte o cualquier otro gasto que incurra para la entrega a satisfacción.	El contratista asumió los gastos del transporte requerido durante la ejecución del contrato.	Los gastos del transporte, requerido para la ejecución del contrato fueron asumidos por el contratista.
o.	El contratista debe entregar cada ítem solicitado en las especificaciones técnicas.	En las especificaciones técnicas, el contratista entregó cada ítem solicitado.	En las especificaciones técnicas, el contratista entregó cada ítem solicitado.
p.	Ejecutar el contrato de acuerdo a la propuesta presentada, y aprobada por el SENA.	El contratista ejecuto el contrato de acuerdo con la propuesta presentada y aprobada por el Sena.	El contratista ejecuto el contrato de acuerdo con la propuesta presentada y aprobada por el Sena.

q. Tener la capacidad técnica y tecnológica para prestar a cabalidad el servicio.	Durante la ejecución del contrato, el contratista demostró tener la capacidad técnica y tecnológica durante la prestación del servicio.	Durante la ejecución del contrato, el contratista demostró tener la capacidad técnica y tecnológica durante la prestación del servicio.
r. Constituir las garantías exigidas dentro de los 3 días hábiles siguientes a la firma del contrato-aceptación de la oferta.	**Acta de aprobación de polizas**	**Acta de aprobación de polizas**
s. Adicionar y/o prorrogar las garantías en las mismas proporciones en que se llegare a adicionar y/o prorrogar el contrato.	No se hace ninguna adición a la fecha	No se hace ninguna adición a la fecha
t. Ejecutar el objeto del Contrato en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en los Documentos del Proceso de contratación.	El contratista ejecuto el contrato de acuerdo con las condiciones de calidad establecidas por el SENA.	El contratista ejecuto el contrato de acuerdo con las condiciones de calidad establecidas por el SENA.
u. Cumplir con las especificaciones técnicas del objeto presentadas en la oferta.	El contratista cumplió con las especificaciones técnicas establecidas en el objeto del contrato.	El contratista cumplió con las especificaciones técnicas establecidas en el objeto del contrato.
v. Dar a conocer al SENA cualquier reclamación, petición, orden o similar de terceros que indirecta o directamente pueda tener algún efecto sobre la ejecución del Contrato o sobre sus obligaciones.	Durante la ejecución del contrato no se dio a conocer al SENA ninguna, reclamación, petición, orden similar de terceros que pudiera tener algún efecto sobre el contrato	No se dio a conocer al SENA ninguna reclamación o petición de un tercero
w. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato.	El contratista desarrollo el contrato bajo condiciones de lealtad y buena fe hacia el SENA	El contratista desarrollo el contrato bajo condiciones de lealtad y buena fe hacia el SENA
x. Prestar a satisfacción el servicio objeto de esta contratación.	El contratista prestó a satisfacción el servicio objeto del contrato.	El contratista prestó a satisfacción el servicio objeto del contrato.

y. Disponer de instalaciones requeridas para el cumplimiento del objeto contratado.	**Fichas técnicas equipos de cadena de frio con certificado PQS en SECOP II carpeta documentos SECOP**	**Fichas técnicas equipos de cadena de frio con certificado PQS en SECOP II carpeta documentos SECOP**
z. El contratista deberá tener todos los amparos y seguros propios exigidos por las normas vigentes para el desarrollo del objeto y obligaciones contractuales vigentes.	El contratista demostró tener todos los amparos y seguros exigidos para el desarrollo del contrato.	El contratista demostró tener todos los amparos y seguros exigidos para el desarrollo del contrato.
aa. Cumplir con idoneidad y eficacia el objeto del contrato y su alcance.	El contratista cumplió con idoneidad y eficacia el objeto del contrato.	El contratista cumplió con idoneidad y eficacia el objeto del contrato.
bb. En general, la obligación de cumplir cabalmente con las condiciones y modalidades previstas contractualmente para la ejecución y desarrollo del Contrato, para lo cual EL CONTRATISTA deberá actuar razonablemente en el marco de sus obligaciones contractuales del Contratista.	El contratista actuó de manera razonable en el cumplimiento de sus obligaciones.	El contratista actuó de manera razonable en el cumplimiento de sus obligaciones.
cc. Entregar certificación firmada por el Representante Legal y Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo o certificación de ARL, en donde conste la implementación y mantenimiento del SG-SST de acuerdo a lo establecido en el decreto 1072 de 2015.	**Soporte de ARL correspondiente a la implementación del SG-SST**	**Soporte fotográfico en anexos**
dd. El CONTRATISTA es el único responsable por la vinculación de su personal y la celebración de subcontratos todo lo cual debe realizar en su propio nombre y por su propia cuenta y riesgo sin que el SENA adquiera responsabilidad	El contratista asumió como único responsable, por la vinculación de su personal.	El contratista asumió como único responsable, por la vinculación de su personal.

ni solidaridad alguna por dichos actos.		
ee. Las demás que se estimen de acuerdo con la naturaleza de la contratación.	El contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el objeto del contrato.	El contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el objeto del contrato.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
a. **1.** En caso de que una vez terminado el calendario académico para la presente vigencia (2024) se tengan fichas que requieran aplicación de inmunobiológicos en el primer trimestre de la vigencia siguiente (2025) de acuerdo a ciclo de aplicación, se dejará un remanente de vacunas y el contratista deberá dejar en custodia de acuerdo a la solicitud por parte del centro de servicios de salud en cabeza del supervisor (a) del contrato y deberá garantizar la cadena de frio, la administración de los inmunobiológicos y su reporte en el sistema PAI WEB.	Una vez cumplido el calendario académico 2024, el contratista dejará un remanente de vacunas y le brindará custodia, garantizando la cadena de frio hasta el primer trimestre academico del año 2025.	Una vez cumplido el calendario académico 2024, el contratista dejará un remanente de vacunas y le brindará custodia, garantizando la cadena de frio hasta el primer trimestre academico del año 2025.
b. **2.** Cumplir con los requisitos, procedimientos y condiciones exigida en la normativa vigente para la habilitación que deben acatar los prestadores de servicios de	**Certificado de habilitación entregado en la fase precontractual**	**Certificado de habilitación cargado en SECOP II**

	salud, establecidos en la Resolución 3100 de 2019 que le apliquen específicamente al servicio de vacunación, dispensación de inmuno-biológicos y demás que le apliquen.		
c.	**3.** Tener la certificación avalada por el Ministerio como proveedores de Inmuno-biológicos.	**Certificado entregado fase precontractual**	**Certificado cargado en SECOP II**
d.	**4.** Presentar la factura legal y/o cuenta de cobro al momento de la realización del Pago según Circular Interna 3-2024-000019 del 25 de enero de 2024 mediante la cual se implementan nuevos lineamientos para la expedición de factura electrónica por parte contratistas y proveedores, y de conformidad con el Manual F-DI-14 MÓDULO RECEPCIÓN GESTIÓN DE DOCUMENTOS FACTURA ELECTRONICA y/o cuenta de cobro al momento de la solicitud de ejecución del pago.	El contratista genera factura por valor de: $ 121,642,000	**Factura DM-122876 del 5 de septiembre del 2024**
e.	**5.** El oferente debe garantizar el cumplimiento de todos los requisitos exigidos en la normativa vigente relacionada con la fabricación de los inmuno-biológicos, cuyos	El contratista cumplió con todos los requisitos exigidos a través de la norma relacionada con la fabricación y buenas prácticas de manufactura establecidas por la organización internacional de patrón de medidas.	El contratista cumplió con todos los requisitos exigidos a través de la norma relacionada con la fabricación y buenas prácticas de manufactura establecidas por la organización

	procesos deben estar certificados en BPM (buenas prácticas de manufactura) según la Organización Internacional de Patrón de Medidas y debe cumplir los requerimientos dados por la OMS.		internacional de patrón de medidas.
f.	**6.** Contar con la disponibilidad de los Inmuno-biológicos enunciados en el cuadro anterior.	El contratista mostró contar con disponibilidad de los inmunobiológicos.	**Aplicación completa de inmunobiológicos.**
g.	**7.** El oferente deberá garantizar que cumple con los requisitos sanitarios para el suministro, traslado, dispensación y aplicación de inmuno-biológicos.	El contratista mostró cumplir con todos los requisitos sanitarios para el suministro, traslado, dispensación y aplicación de los inmunobiológicos	El contratista mostró cumplir con todos los requisitos sanitarios para el suministro, traslado, dispensación y aplicación de los inmunobiológicos
h.	**8.** Cumplir con todos los requerimientos establecidos en el Manual Técnico Administrativo del PAI.	El contratista mostró cumplir con todos los requisitos establecidos en el PAI	**Informe de supervisión**
i.	**9.** El proveedor debe garantizar el suministro y uso adecuado de los insumos biomédicos para la aplicación del inmuno-biológico según vía de administración de cada uno y recomendaciones del Manual Técnico Administrativo del PAI.	No se presenta ninguna observación en este ítem a la fecha de este informe, el proveedor garantiza todos los insumos inherentes a la vacunación	**Informe de supervisión**
j.	**10.** El proveedor es responsable de diligenciar los registros clínicos relacionados con el proceso de vacunación	El proveedor realizará el registro en paiweb de manera progresiva garantizando el registro completo antes de la finalización del contrato.	**Por el momento aún sin evidenciar.**

	tales como carné de vacunación, PAI WEB, etc.		
k.	**11.** Tener capacidad operativa, organizativa y resolutiva.	El contratista mostró tener capacidad operativa, organizativa y resolutiva durante la ejecución del contrato.	**Análisis de capacidad operativa precontractual. SECOP II**
l.	**12.** Cada Inmuno-biológico e insumo debe cumplir el registro INVIMA y conservar la etiqueta original con todos los datos exigidos para la venta comercial.	El contratista mostró que cada inmunobiológico con el registro invima.	**Certificado de INVIMA de los biológicos. SECOP II**
m.	**13.** Suministrar los materiales necesarios para el transporte de los inmuno-biológicos emplear una camioneta, vehículo o buseta climatizada o camión con carrocería tipo furgón plástico; el cual requiere equipo de refrigeración, ya que se tiene que llevar vacuna a municipios muy alejados. Por tanto, requiere equipo de refrigeración garantizando la cadena de frio y los criterios de conservación y estabilidad de los mismos.	El contratista suministró el transporte requerido para la movilización de los inmunobiológicos.	**Supervisión de transporte SECOP II**
n.	**14.** Brindar asesoría en procedimientos de vacunación y conservación de inmuno-biológicos.	El oferente brindo asesoría respecto a los procedimientos usados durante la vacunación, además de la conservación de estos.	El oferente brindo asesoría respecto a los procedimientos usados durante la vacunación, además de la conservación de estos.
o.	**15.** Garantizar la aplicación de los inmuno-biológicos en los lugares asignados y/o acordados con la institución.	El contratista garantizó la aplicación de las vacunas en el lugar asignado y acordado por el SENA.	**Se han realizado las jornadas en los lugares indicados. Registro fotográfico.**
p.	**16.** Realizar jornada de capacitación para las personas responsables del	No se presenta ninguna observación en este ítem a la fecha de este informe	**Hasta el momento no se han programado.**

	traslado, aplicación y registro de los inmuno-biológicos del centro de servicios de salud.		
q.	**17.** Dar respuesta oportuna a las solicitudes de inmuno-biológicos realizadas por el centro de servicios de salud para la ejecución de las jornadas de vacunación, realizando la prestación del servicio en las fechas, horarios y lugares acordados.	El contratista dio respuesta oportuna a las solicitudes de inmunobiológicos realizados por el centro de servicios de salud.	**Jornadas de vacunación realizadas. Registro fotográfico.**
r.	**18.** Documentar la aplicación de los inmuno-biológicos, dejando registro de ello en el carné de vacunación, y listados respectivos. Dicha aplicación debe de estar avalada por el responsable del servicio del SENA.	El contratista mostró documentar y dejar registro de la aplicación de inmunobiológicos en el centro de servicios de salud.	**Se cuenta con los registros de vacunación.**
s.	**19.** Garantizar el cumplimiento en la cadena de frio de los inmuno-biológicos, contar con medidores de temperatura y registros que respalden la misma.	El contratista garantizó el cumplimiento de la cadena de frio para los inmunobiológicos.	**Toma de temperatura antes de la aplicación.**
t.	**20.** Los inmuno-biológicos aplicados deben tener fecha vigente para la aplicación, no pueden presentar alteraciones en el empaque, rótulos ni en su composición física y química.	El contratista demostró que los inmunobiológicos aplicados contenían la fecha vigente.	**Fecha de vencimiento asi:**
u.	**21.** Los inmuno-biológicos no pueden estar congelados ni haber tenido contacto con el agua o haber sido sumergidos.	El contratista mostró que los inmunobiológicos no estaban congelados o habían tenido contacto con agua.	**Fotografía ADJUNTAS**
v.	**22.** Las neveras y/o elementos empleados para el almacenamiento y transporte	El contratista demostró que las neveras usadas para almacenamiento	**Fotografía ADJUNTAS**

	de los inmuno-biológicos deben estar en excelentes condiciones físicas, de limpieza y desinfección, tanto en la parte interna como externa.	y transporte de los inmunobiológicos estaban en excelentes condiciones.	
w.	**23.** Los inmuno-biológicos no deben tener cuerpos extraños que pongan en duda su integridad, esterilidad y conservación.	El contratista demostró que los inmunobiológicos no tenían cuerpos extraños que afectaran su esterilidad y conservación.	**Fotografía ADJUNTA**
x.	**24.** Garantizar el cumplimiento de las indicaciones y/o recomendaciones suministradas por los fabricantes de los inmuno-biológicos.	El contratista mostro dar cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones suministradas por el fabricante de las vacunas.	**Aplicación del inmunobiológico**
y.	**25.** Participar en los análisis de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) que se presente a los usuarios que reciban la vacunación.	El contratista no hizo reporte por la presentación de algún evento atribuido a la vacunación.	No se presenta ninguna observación en este ítem a la fecha de este informe
z.	**26.** Prestar el servicio objeto del contrato de acuerdo con las especificaciones descritas en su oferta y en los estudios previos dentro del término y en el sitio señalado.	El contratista presto el servicio cumpliendo con las especificaciones contenidas en el objeto del contrato.	**Cumplimiento de las jornadas**
aa.	**27.** Ejercer control sobre la calidad del personal técnico, operativo y administrativo que prestará los servicios al centro, garantizar su capacitación e idoneidad.	El contratista demostró ejercer control sobre la calidad del personal, técnico, operativo y administrativo que presto los servicios al centro de servicios de salud.	El contratista demostró ejercer control sobre la calidad del personal, técnico, operativo y administrativo que presto los servicios al centro de servicios de salud.
bb.	**28.** El CONTRATISTA es el único responsable de la contratación de su personal y	El contratista se asumió como único responsable de la contratación o subcontratación de su personal.	**Cumplimiento de las jornadas con el personal SUPLIMED**

	la celebración de subcontratos todo lo cual debe realizarse en su propio nombre y por su propia cuenta y riesgo, sin que el SENA adquiera responsabilidad ni solidaridad alguna por dichos actos.		
cc.	**29.** Demostrar cumplimiento de las obligaciones que le aplican en relación a la Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo reglado en Decreto 1072 de 2015	El contratista demostró cumplir con las especificaciones que aplican a la seguridad y salud en el trabajo.	**Certificado de implementación de programa de SG- SST SECOP II**
dd.	**30.** Cumplir con las instrucciones impartidas por el funcionario encargado del control y vigilancia del contrato y las demás que le sean inherentes al objeto de la presente contratación.	El contratista demostró cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato.	El contratista demostró cumplir con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato.
ee.	**31.** El contratista deberá contar con un Plan de Gestión de Residuos generados en la atención en salud, conforme a lo dispuesto sobre la materia en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.	El contratista cuenta con un plan de gestión de residuos generados durante la atención en el centro de servicios de salud.	**Plan de gestión en SECOP II**
ff.	**32.** El contratista deberá entregan soportes de disposición de los residuos peligrosos generados durante la prestación del servicio que evidencie que, durante el desarrollo de sus actividades en las sedes del SENA, dio tratamiento adecuado a los residuos biosanitarios o cortopunzantes, según lo dispuesto sobre la materia en	**Soporte disposición final de residuos.**	**Soporte disposición final de residuos.**

	el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.		
gg.	**33.** El contratista remplazará, a su costa, los servicios y/o bienes que resulten defectuosos, de mala calidad o que no cumplan con las especificaciones técnicas requeridas por el SENA, sin que ello implique modificación en las condiciones pactadas en el contrato, ni valores adicionales en el mismo. En el evento de no reposición de los mismos, el SENA podrá proceder a declarar el siniestro de incumplimiento y/o hacer efectivas las pólizas.	Durante la ejecución del contrato, el contratista no tuvo que hacer reemplazo de servicios o bienes.	Durante la ejecución del contrato, ningún bien o servicio resultó afectado.
hh.	**34.** Suministrar el 100% de los bienes y/o servicios objeto del contrato a celebrarse y acorde con los valores ofertados en la propuesta económica.	El contratista suministró el 100% de los bienes y servicios objeto del contrato.	**Registros de vacunación**
ii.	**35.** El contratista se obliga a sostener los precios de los servicios y/o bienes ofertados dentro de los términos y vigencia de ejecución del contrato.	El contratista mantuvo los precios ofertados para la ejecucion del contrato.	**Contrato adjudicado en SECOP II**
jj.	**36.** Allegar al SENA en los plazos establecidos los documentos requeridos para la cumplida iniciación del contrato.	El contratista entregó al Sena la documentación requerida para dar inicio al contrato.	**Soporte: acta de inicio**
kk.	**37.** Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras,	El contratista ejecuto el objeto del contrato, cumpliendo con los plazos establecidos.	El contratista ejecuto el objeto del contrato, cumpliendo con los plazos establecidos.

	estipuladas en los términos de referencia que se deriven del contrato que se suscriba.		
ll.	**38.** Programar las actividades que deba desarrollar para el cumplimiento del objeto del contrato, previo concertación con el supervisor.	El contratista programo con conocimiento del supervisor, las actividades a desarrollar.	**Todas las actividades han sido concertadas soporte: programación de jornadas.**
mm.	**39.** No podrá ceder el contrato resultante de la presente invitación, sin autorización estricta del ordenador del gasto del SENA – Subdirección.	El contrato no fue cedido por el contratista.	No se presenta ninguna observación en este ítem a la fecha de este informe
nn.	**40.** Cumplir y acreditar que cumple con los requisitos que se exijan por la Secretaría Seccional de Salud.	El contratista demostró que cumplía con los requisitos exigidos por la seccional de salud.	**Certificado de habilitación SECOP II**
oo.	**41.** Suscribir el acta de inicio.	**Acta de inicio 23 de julio de 2024 con alcance del acta adjuntas en fotografía**	**Acta de inicio 23 de julio de 2024 con alcance del acta adjuntas en fotografía**
pp.	**42.** Las demás que se deriven de la correcta ejecución del Contrato.	El contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el objeto del contrato.	El contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el objeto del contrato.
CRITERIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
1.	Personal idóneo responsable del SG-SST de la empresa. Decreto 1072 de 2015 capítulo 6.-Resolución 0312 de 2019	HV, copia de licencia de seguridad y salud en el trabajo no mayor a 10 años, certificado curso 20/50 horas según corresponda no mayor a 3 años del personal responsable de la empresa prestadora de servicio(**PRECONTRACTUAL)**	**Documentos en SECOP II precontractuales.**
2.	Implementación del SG-SST de la empresa. Decreto 1072 de 2015 capítulo 6.-Resolución 0312 de 2019	Certificado emitido por ARL de implementación del SG-SST del resultado y nivel de implementación del SG-SST de acuerdo a la aplicación de estándares mínimos	**Documentos en SECOP II precontractuales.**

	aplicables- decreto 1072/2015 (2.2.4.6.1) y Res 0312 de 2019.(**PRECONTRACTUAL)**	
3. Afiliación de los trabajadores a seguridad social. Decreto 1072 de 2015 capítulo 6.-Resolución 0312 de 2019	Certificado de afiliación vigente de seguridad social no mayor a 30 dias de todos sus colaboradores. (**PRECONTRACTUAL)**	**Planailla de pago vigente**
4. Afiliaciones de los trabajadores a seguridad social. Decreto 1072 de 2015 capítulo 6.-Resolución 0312 de 2019	Certificado de afiliación vigente de seguridad social no mayor a 30 dias de todos sus colaboradores. **(CONTRACTUAL).**	**Planilla de pago vigente**
CRITERIOS TECNICOAMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
1. Inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Resolución 3100 de 2019	Entrega copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicio de salud.**(PRECONTRACTUAL).**	**Certificado de habilitación en SECOP II**
2. Gestión de residuos. Decreto 1076 de 2015 - Resolución 1164 de 2002.	Entrega los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA.**(CONTRACTUAL)**	**Certificado mes de agosto**
3. Gestión de residuos. Resolución 1164 de 2002	Entrega copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados. **(CONTRACTUAL)**	**PENDIENTE**

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FÍSICA (Aplica para contratos de obras y adecuaciones)

						No. de días ejecutados	%
5/09/2024	DM-122876	$121,642,000	$121,642,000	$175,408,000	%40,95	n/a	n/a

OBSERVACIONES

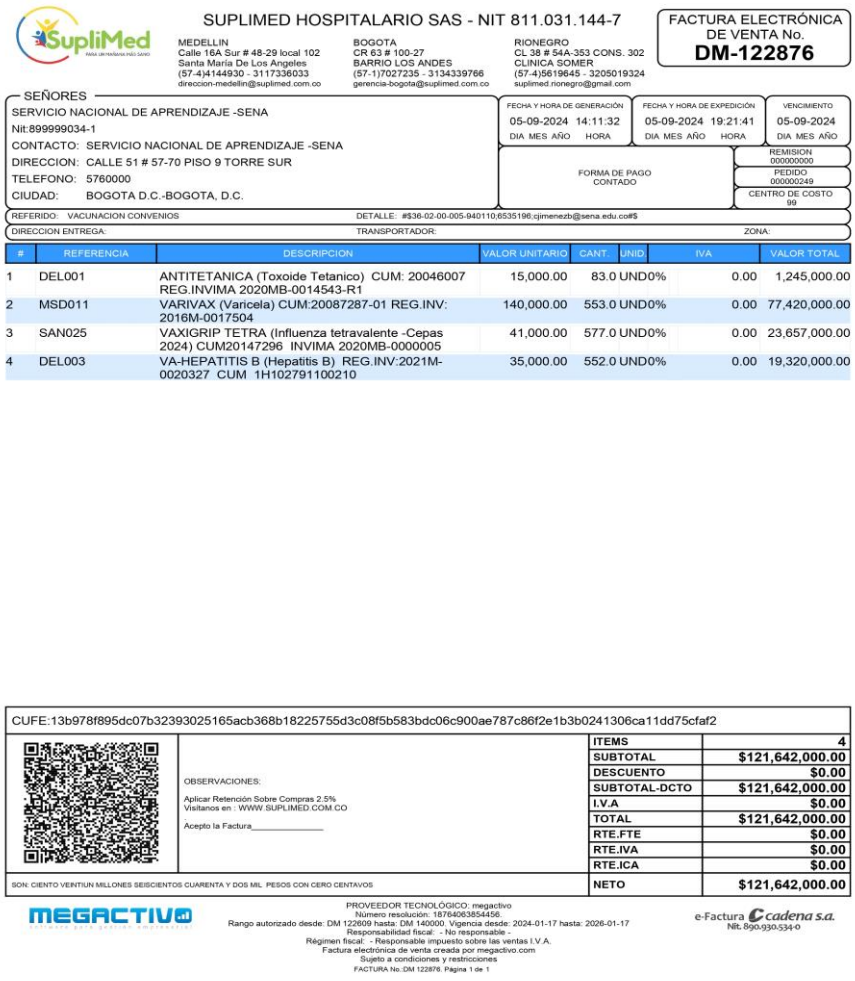
ESPACIO EN BLANCO

Elaboró: Carlos Darío Jiménez Baloco, Coordinador académico

.Revisó: Nombre, cargo.

ANEXOS

FACTURA 5 DE SEPTIEMBRE 2024



SUPLIMED HOSPITALARIO SAS - NIT 811.031.144-7

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.
DM-122876

MEDELLIN
Calle 16A Sur # 48-29 local 102
Santa María De Los Angeles
(57-4)4144930 - 3117336033
direccion-medellin@suplimed.com.co

BOGOTA
CR 63 # 100-27
BARRIO LOS ANDES
(57-1)7027235 - 3134339766
gerencia-bogota@suplimed.com.co

RIONEGRO
CL 38 # 54A-353 CONS. 302
CLINICA SOMER
(57-4)5619645 - 3205019324
suplimed.rionegro@gmail.com

SEÑORES
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA
Nit:899999034-1
CONTACTO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA
DIRECCION: CALLE 51 # 57-70 PISO 9 TORRE SUR
TELEFONO: 5760000
CIUDAD: BOGOTA D.C.-BOGOTA, D.C.

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	VENCIMIENTO
05-09-2024 14:11:32 (DIA MES AÑO HORA)	05-09-2024 19:21:41 (DIA MES AÑO HORA)	05-09-2024 (DIA MES AÑO)

FORMA DE PAGO: CONTADO
REMISION: 000000000
PEDIDO: 000000249
CENTRO DE COSTO: 99

REFERIDO: VACUNACION CONVENIOS
DETALLE: #$36-02-00-005-940110;6535196;cjimenezb@sena.edu.co#$
DIRECCION ENTREGA:
TRANSPORTADOR:
ZONA:

#	REFERENCIA	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	CANT.	UNID.	IVA	VALOR TOTAL
1	DEL001	ANTITETANICA (Toxoide Tetanico) CUM: 20046007 REG.INVIMA 2020MB-0014543-R1	15,000.00	83.0	UND	0% 0.00	1,245,000.00
2	MSD011	VARIVAX (Varicela) CUM:20087287-01 REG.INV: 2016M-0017504	140,000.00	553.0	UND	0% 0.00	77,420,000.00
3	SAN025	VAXIGRIP TETRA (Influenza tetravalente -Cepas 2024) CUM20147296 INVIMA 2020MB-0000005	41,000.00	577.0	UND	0% 0.00	23,657,000.00
4	DEL003	VA-HEPATITIS B (Hepatitis B) REG.INV:2021M-0020327 CUM 1H102791100210	35,000.00	552.0	UND	0% 0.00	19,320,000.00

CUFE:13b978f895dc07b32393025165acb368b18225755d3c08f5b583bdc06c900ae787c86f2e1b3b0241306ca11dd75cfaf2

OBSERVACIONES:

Aplicar Retención Sobre Compras 2.5%
Visitanos en : WWW.SUPLIMED.COM.CO

Acepto la Factura_____

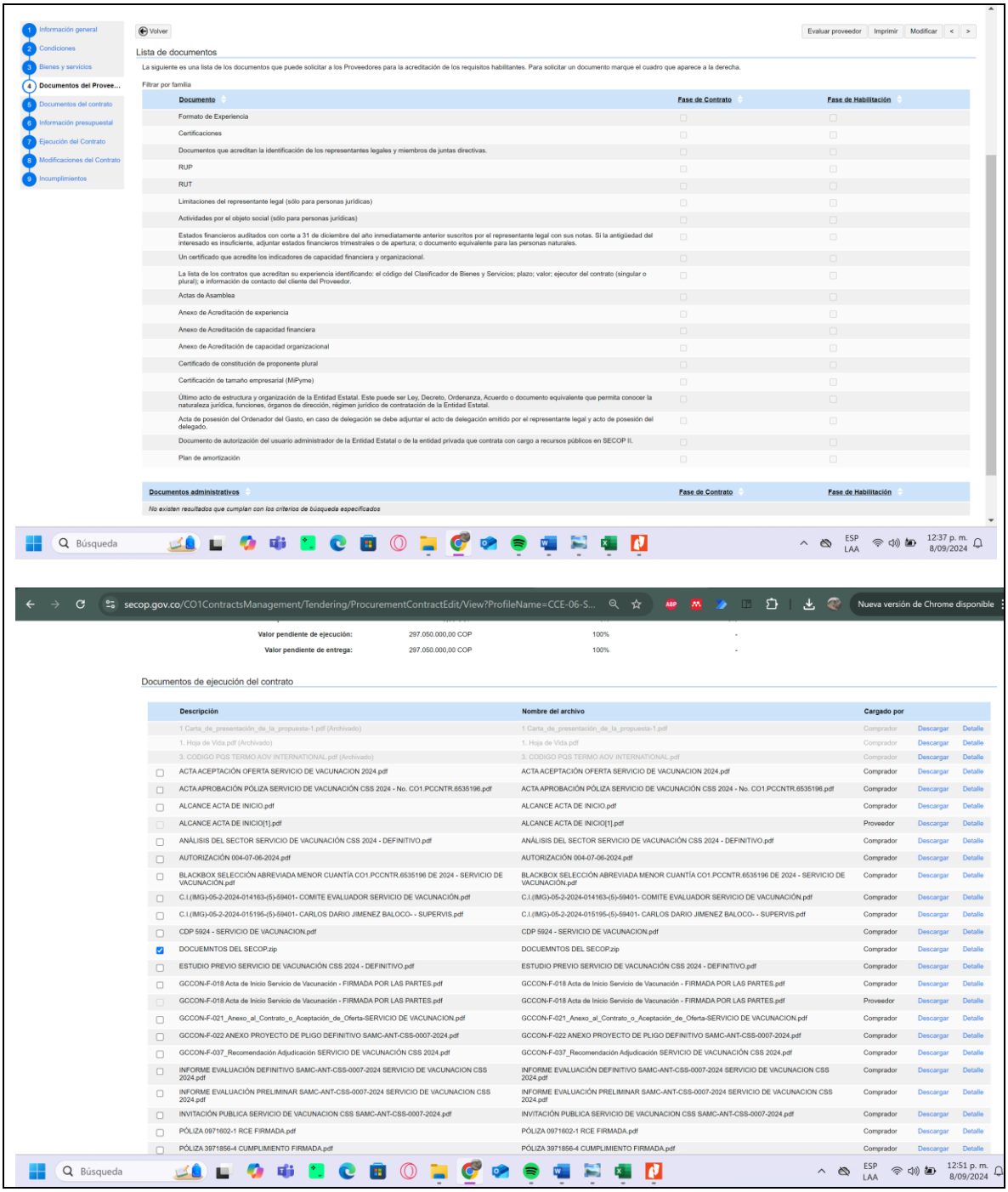
ITEMS	4
SUBTOTAL	$121,642,000.00
DESCUENTO	$0.00
SUBTOTAL-DCTO	$121,642,000.00
I.V.A	$0.00
TOTAL	$121,642,000.00
RTE.FTE	$0.00
RTE.IVA	$0.00
RTE.ICA	$0.00
NETO	$121,642,000.00

SON: CIENTO VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

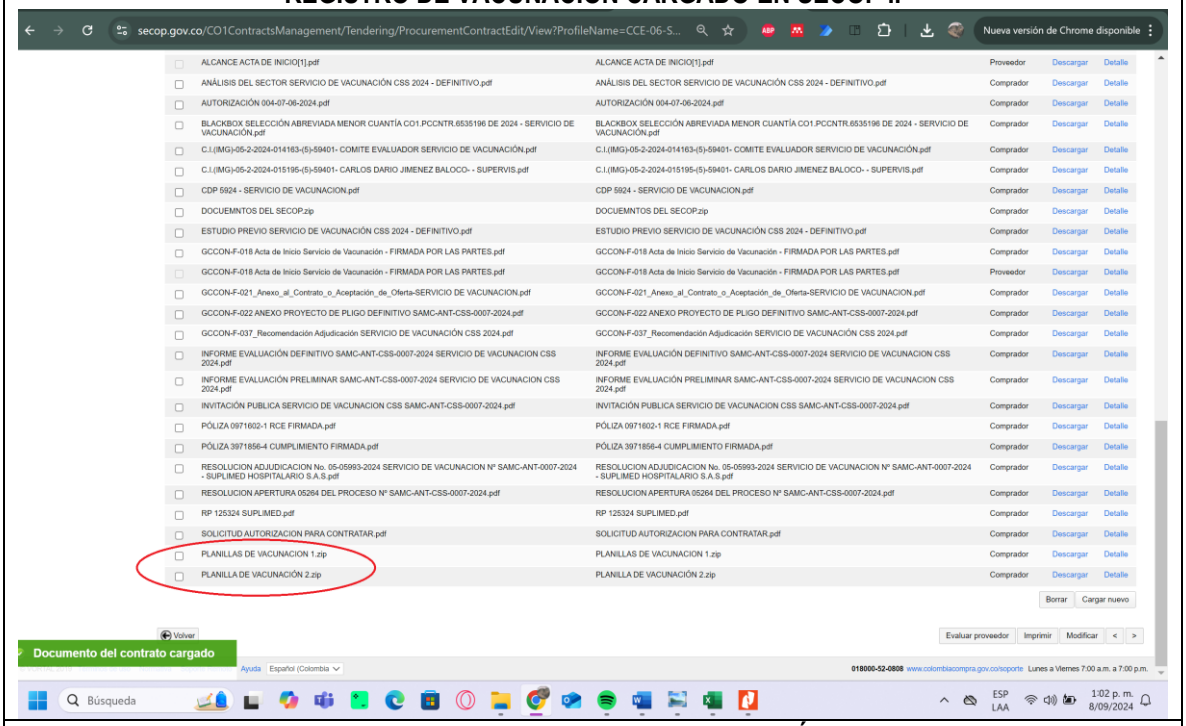
PROVEEDOR TECNOLÓGICO: megactivo
Número resolución: 18764063854456.
Rango autorizado desde: DM 122609 hasta: DM 140000. Vigencia desde: 2024-01-17 hasta: 2026-01-17
Responsabilidad fiscal : - No responsable -
Régimen fiscal: - Responsable impuesto sobre las ventas I.V.A.
Factura electrónica de venta creada por megactivo.com
Sujeto a condiciones y restricciones
FACTURA No.:DM 122876. Página 1 de 1

e-Factura cadena s.a.
Nit. 890.930.534-0

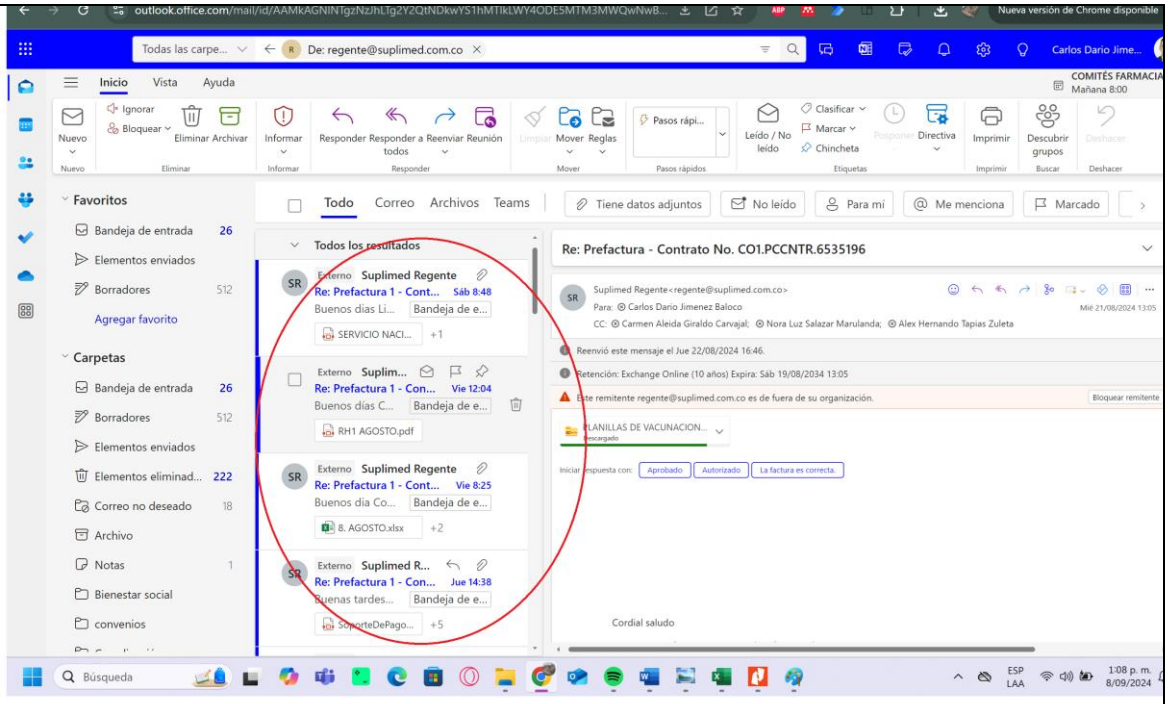
DOCUMENTACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL CARGADA EN SECOPII


1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Provee...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Volver
Evaluar proveedor
Imprimir
Modificar
Lista de documentos
La siguiente es una lista de los documentos que puede solicitar a los Proveedores para la acreditación de los requisitos habilitantes. Para solicitar un documento marque el cuadro que aparece a la derecha.
Filtrar por familia
Documento
Fase de Contrato
Fase de Habilitación
Formato de Experiencia
Certificaciones
Documentos que acreditan la identificación de los representantes legales y miembros de juntas directivas.
RUP
RUT
Limitaciones del representante legal (sólo para personas jurídicas)
Actividades por el objeto social (sólo para personas jurídicas)
Estados financieros auditados con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior suscritos por el representante legal con sus notas. Si la antigüedad del interesado es insuficiente, adjuntar estados financieros trimestrales o de apertura; o documento equivalente para las personas naturales.
Un certificado que acredite los indicadores de capacidad financiera y organizacional.
La lista de los contratos que acreditan su experiencia identificando: el código del Clasificador de Bienes y Servicios; plazo; valor; ejecutor del contrato (singular o plural); o información de contacto del cliente del Proveedor.
Actas de Asamblea
Anexo de Acreditación de experiencia
Anexo de Acreditación de capacidad financiera
Anexo de Acreditación de capacidad organizacional
Certificado de constitución de proponente plural
Certificación de tamaño empresarial (MiPyme)
Último acto de estructura y organización de la Entidad Estatal. Este puede ser Ley, Decreto, Ordenanza, Acuerdo o documento equivalente que permita conocer la naturaleza jurídica, funciones, órganos de dirección, régimen jurídico de contratación de la Entidad Estatal.
Acta de posesión del Ordenador del Gasto, en caso de delegación se debe adjuntar el acto de delegación emitido por el representante legal y acto de posesión del delegado.
Documento de autorización del usuario administrador de la Entidad Estatal o de la entidad privada que contrata con cargo a recursos públicos en SECOP II.
Plan de amortización
Documentos administrativos
Fase de Contrato
Fase de Habilitación
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Búsqueda
ESP
LAA
12:37 p. m.
8/09/2024
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?ProfileName=CCE-06-S...
Nueva versión de Chrome disponible
Valor pendiente de ejecución: 297.050.000,00 COP 100% -
Valor pendiente de entrega: 297.050.000,00 COP 100% -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ACTA ACEPTACIÓN OFERTA SERVICIO DE VACUNACION 2024.pdf
ACTA APROBACIÓN PÓLIZA SERVICIO DE VACUNACIÓN CSS 2024 - No. CO1.PCCNTR.6535196.pdf
ALCANCE ACTA DE INICIO.pdf
ALCANCE ACTA DE INICIO[1].pdf
ANÁLISIS DEL SECTOR SERVICIO DE VACUNACIÓN CSS 2024 - DEFINITIVO.pdf
AUTORIZACIÓN 004-07-06-2024.pdf
BLACKBOX SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA CO1.PCCNTR.6535196 DE 2024 - SERVICIO DE VACUNACION.pdf
C.I.(IMG)-05-2-2024-014163-(5)-59401- COMITE EVALUADOR SERVICIO DE VACUNACIÓN.pdf
C.I.(IMG)-05-2-2024-015195-(5)-59401- CARLOS DARIO JIMENEZ BALOCO- - SUPERVIS.pdf
CDP 5924 - SERVICIO DE VACUNACION.pdf
DOCUEMNTOS DEL SECOP.zip
ESTUDIO PREVIO SERVICIO DE VACUNACIÓN CSS 2024 - DEFINITIVO.pdf
GCCON-F-018 Acta de Inicio Servicio de Vacunación - FIRMADA POR LAS PARTES.pdf
GCCON-F-021_Anexo_al_Contrato_o_Aceptación_de_Oferta-SERVICIO DE VACUNACION.pdf
GCCON-F-022 ANEXO PROYECTO DE PLIGO DEFINITIVO SAMC-ANT-CSS-0007-2024.pdf
GCCON-F-037_Recomendación Adjudicación SERVICIO DE VACUNACIÓN CSS 2024.pdf
INFORME EVALUACIÓN DEFINITIVO SAMC-ANT-CSS-0007-2024 SERVICIO DE VACUNACION CSS 2024.pdf
INFORME EVALUACIÓN PRELIMINAR SAMC-ANT-CSS-0007-2024 SERVICIO DE VACUNACION CSS 2024.pdf
INVITACIÓN PUBLICA SERVICIO DE VACUNACION CSS SAMC-ANT-CSS-0007-2024.pdf
PÓLIZA 0971602-1 RCE FIRMADA.pdf
PÓLIZA 3971856-4 CUMPLIMIENTO FIRMADA.pdf
Comprador
Proveedor
Descargar
Detalle
Búsqueda
ESP
LAA
12:51 p. m.
8/09/2024

REGISTRO DE VACUNACIÓN CARGADO EN SECOP II



COMUNICACIONES DE CORREO ELECTRÓNICO



CORRESPONDIENTES A SST Y SGSSS

SENA

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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:	**7936984503**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		827204303

LIQUIDACIÓN GENERAL

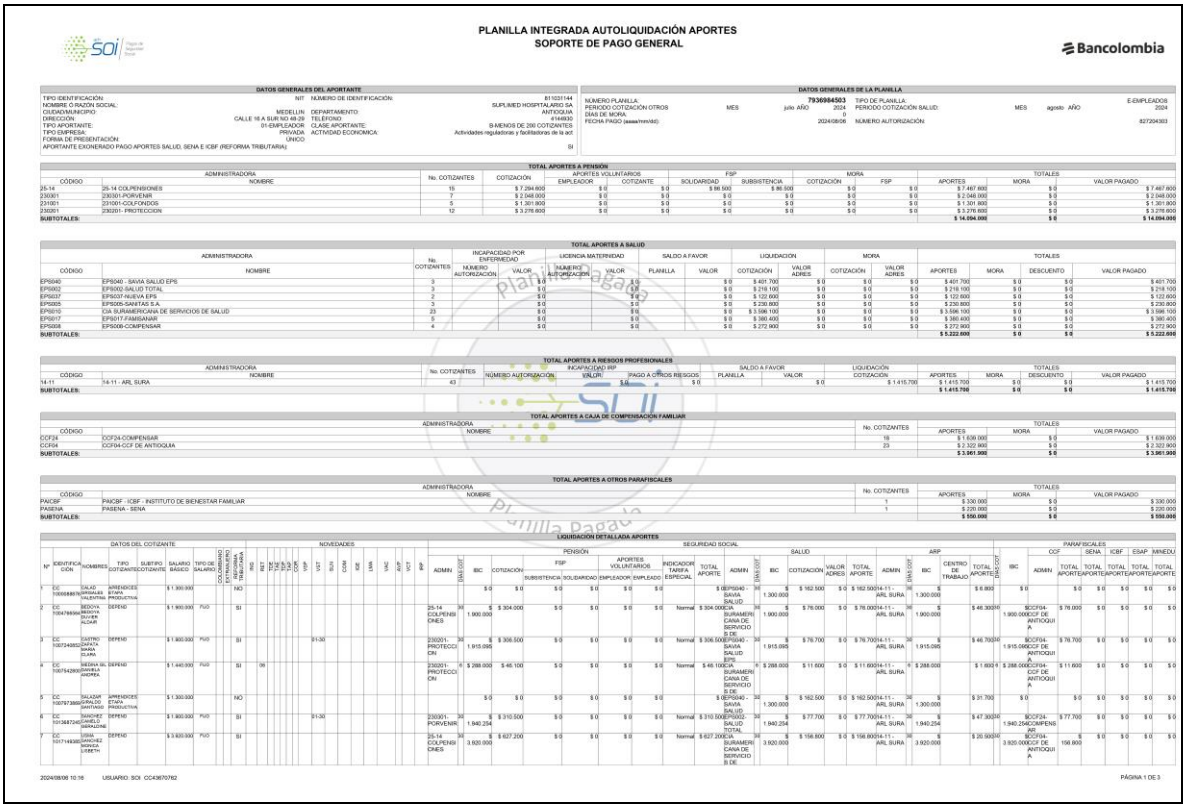
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	12	$ 3.276.600
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	15	$ 7.467.600
800227940	231001	231001-COLFONDOS	5	$ 1.301.800
800224808	230301	230301-PORVENIR	7	$ 2.048.000
		SUBTOTAL:	39	**$ 14.094.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	5	$ 380.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 230.800
900604350	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	3	$ 401.700
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 218.100
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 122.600
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	23	$ 3.596.100
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	4	$ 272.900
		SUBTOTAL:	43	**$ 5.222.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	18	$ 1.639.000
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	23	$ 2.322.900
		SUBTOTAL:	41	**$ 3.961.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	43	$ 1.415.700
		SUBTOTAL:	43	**$ 1.415.700**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 220.000
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 330.000

Planilla Pagada

SUBTOTAL:		$ 550.000

VALOR SIN MORA:	$ 25.244.200
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 25.244.200

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SUPLIRED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79369845O3	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN			827294303

TOTAL APORTES A PENSION

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	16	$ 7.294.600	$ 0	$ 0	$ 86.500	$ 86.500	$ 0	$ 0	$ 7.467.600	$ 0	$ 7.467.600
230301	230301-PORVENIR	7	$ 2.048.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.048.000	$ 0	$ 2.048.000
231001	231001-COLFONDOS	5	$ 1.301.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.301.800	$ 0	$ 1.301.800
230201	230201- PROTECCION	12	$ 3.276.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.276.600	$ 0	$ 3.276.600
SUBTOTALES:										**$ 14.094.000**	**$ 0**	**$ 14.094.000**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 401.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 401.700	$ 0	$ 0	$ 401.700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.100	$ 0	$ 0	$ 218.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 122.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 122.600	$ 0	$ 0	$ 122.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.800	$ 0	$ 0	$ 230.800
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	23		$ 0		$ 0		$ 0	$ 3.596.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.596.100	$ 0	$ 0	$ 3.596.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 380.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.400	$ 0	$ 0	$ 380.400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 272.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.900	$ 0	$ 0	$ 272.900
SUBTOTALES:													**$ 5.222.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.222.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	43		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.415.700	$ 1.415.700	$ 0	$ 0	$ 1.415.700
SUBTOTALES:									**$ 1.415.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.415.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	16	$ 1.636.000	$ 0	$ 1.636.000
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	23	$ 2.322.900	$ 0	$ 2.322.900
SUBTOTALES:			**$ 3.961.900**	**$ 0**	**$ 3.961.900**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 330.000	$ 0	$ 330.000
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 220.000	$ 0	$ 220.000
SUBTOTALES:			**$ 550.000**	**$ 0**	**$ 550.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO EN TRÁNSITO	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL	PARAFISCALES
1	CC 1006884676	CALAD HERNANDEZ VALENTINA	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 1.300.000			NO			
2	CC 1094786996	MEDOYA BEDOYA SILVEN ALDAR	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO		SI		25-14 COLPENSIONES: $ 1.900.000 / $ 304.000 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / Normal EPS040 - SAVIA SALUD EPS: $ 304.000 / $ 1.900.000 ADMIN: 36 / $ 76.000 / $ 0 / $ 76.000 14-11 - ARL SURA: 36 / $ 0 / $ 46.300 CCF04 - CCF DE ANTIOQUIA: $ 76.000 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0
3	CC 1007340822	CASTRO CARMONA DIANA CLARA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO		SI	01-30	230201 - PROTECCION: $ 1.915.086 / $ 306.500 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / Normal EPS040 - SAVIA SALUD EPS: $ 306.500 / $ 1.915.085 ADMIN: 36 / $ 76.700 / $ 0 / $ 76.700 14-11 - ARL SURA: 36 / $ 0 / $ 46.700 CCF04 - CCF DE ANTIOQUIA: $ 76.700 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0
4	CC 1007542800	MEDINA SIERRA ANDREA	DEPEND		$ 1.440.000	FIJO		SI	06	230201 - PROTECCION: $ 288.000 / $ 46.100 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / Normal EPS040 - SAVIA SALUD EPS: $ 46.100 / $ 288.000 ADMIN: 36 / $ 11.600 / $ 0 / $ 11.600 14-11 - ARL SURA: 36 / $ 0 / $ 1.600 CCF04 - CCF DE ANTIOQUIA: $ 11.600 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0
5	CC 1007573885	SALAZAR CANALO SANTIAGO	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 1.300.000			NO			
6	CC 1013687240	SANCHEZ GAMELO GIANLUCA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO		SI	01-30	230301 - PORVENIR: $ 1.940.254 / $ 310.500 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / Normal EPS002 - SALUD TOTAL: $ 310.500 / $ 1.940.254 ADMIN: 36 / $ 77.700 / $ 0 / $ 77.700 14-11 - ARL SURA: 36 / $ 0 / $ 47.300 CCF24 - COMPENSAR: $ 1.940.254 / $ 77.700 / $ 0 / $ 0 / $ 0
7	CC 1037148080	LEIVA GONZALEZ MONICA LISBETH	DEPEND		$ 3.920.000	FIJO		SI		25-14 COLPENSIONES: $ 3.920.000 / $ 627.200 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / Normal EPS010 - CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD: $ 627.200 / $ 3.920.000 ADMIN: 36 / $ 156.800 / $ 0 / $ 156.800 14-11 - ARL SURA: 36 / $ 0 / $ 26.500 CCF04 - CCF DE ANTIOQUIA: $ 3.920.000 / $ 156.800 / $ 0 / $ 0 / $ 0

2024/08/06 10:16 USUARIO: SOI CC43670762 PÁGINA 1 DE 3

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SUPLIMED HOSPITALARIO SA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7936984503	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	827204303

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
8	CC 1017215082	MURIEL POSADA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 3.400.000	FIJO			SI																	
9	CC 1019058726	TOVAR DUSABA KEVIN RICARDO	DEPEND		$ 1.570.000	FIJO			SI									01-30								
10	CC 1020102596	GARCIA VELEZ MANUELA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
11	CC 1022951463	CHAVERRA MILLAN JENNIFFER ANDREA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
12	CC 1024517576	GAMBOA MATEUS GISNY PAOLA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI									01-30								
13	CC 1031150760	VANEGAS ACOSTA JHOSIMAR DUBAN	DEPEND		$ 1.790.000	FIJO			SI									01-30								
14	CC 1033771143	SANCHEZ FLOREZ DANIEL ESTIVEN	DEPEND		$ 1.790.000	FIJO			SI																	
15	CC 1035878625	HENAO MORENO LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI																	
16	CC 1036607001	BUITRAGO MOSQUERA JUAN ESTEBAN	DEPEND		$ 1.550.000	FIJO			SI																	
17	CC 1036671014	ACEVEDO LOPEZ YEINY ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
18	CC 1036682053	URIBE RIOS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO			SI																	
19	CC 1036928680	VALENCIA GONZALEZ DIANA MARCELA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI	01																
20	CC 1036928845	URREA GARCIA VERONICA	DEPEND		$ 1.380.000	FIJO			SI									01-30								
21	CC 1037583944	MARIN ZULUAGA NATALIA MARIA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
22	CC 1070007325	AVILA JIMENEZ GUSTAVO ALBERTO	DEPEND		$ 1.660.000	FIJO			SI																	
23	CC 1074187967	CRUZ CARDENAS LUIS ALBERTO	DEPEND		$ 2.130.000	FIJO			SI													01-14				
24	CC 1074187967	CRUZ CARDENAS LUIS ALBERTO	DEPEND		$ 2.130.000	FIJO			SI									15-30								
25	CC 1110517547	SANCHEZ GAITAN JULY	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
26	CC 1152189036	DUQUE CARRILLO DANIELA	DEPEND		$ 2.016.000	FIJO			SI																	
27	CC 1214716434	SARRAZOLA HURTADO JHON ANDERSON	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
8	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.400.000	$ 544.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 544.000
9	230301-PORVENIR	30	$ 2.040.988	$ 326.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 326.600
10	230201-PROTECCION	30	$ 1.920.127	$ 307.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.300
11	231001-COLFONDOS	30	$ 1.935.222	$ 309.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309.700
12	230301-PORVENIR	30	$ 1.535.752	$ 245.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 245.800
13	230201-PROTECCION	30	$ 1.827.923	$ 292.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 292.500
14	230301-PORVENIR	30	$ 1.790.000	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 286.400
15	230201-PROTECCION	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000
16	230301-PORVENIR	30	$ 1.550.000	$ 248.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 248.000
17	230201-PROTECCION	30	$ 1.920.127	$ 307.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.300
18	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.000
19	230201-PROTECCION	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000
20	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.856	$ 227.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.900
21	230201-PROTECCION	30	$ 1.920.127	$ 307.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.300
22	231001-COLFONDOS	30	$ 1.660.000	$ 265.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 265.600
23	230201-PROTECCION	14	$ 994.000	$ 159.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 159.100
24	230201-PROTECCION	16	$ 1.136.001	$ 181.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 181.800
25	230301-PORVENIR	30	$ 1.925.159	$ 308.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.100
26	230301-PORVENIR	30	$ 2.016.000	$ 322.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.600
27	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
8	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 3.400.000	$ 136.000	$ 0	$ 136.000
9	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.040.988	$ 81.700	$ 0	$ 81.700
10	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.920.127	$ 76.900	$ 0	$ 76.900
11	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.935.222	$ 77.500	$ 0	$ 77.500
12	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.535.752	$ 61.500	$ 0	$ 61.500
13	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.827.923	$ 73.200	$ 0	$ 73.200
14	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.790.000	$ 71.600	$ 0	$ 71.600
15	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 76.000
16	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.550.000	$ 62.000	$ 0	$ 62.000
17	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.920.127	$ 76.900	$ 0	$ 76.900
18	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000
19	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 76.000
20	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.423.856	$ 57.000	$ 0	$ 57.000
21	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.920.127	$ 76.900	$ 0	$ 76.900
22	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.660.000	$ 66.400	$ 0	$ 66.400
23	EPS005-SANITAS S.A.	14	$ 994.000	$ 39.800	$ 0	$ 39.800
24	EPS005-SANITAS S.A.	16	$ 1.136.001	$ 45.500	$ 0	$ 45.500
25	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.925.159	$ 77.100	$ 0	$ 77.100
26	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.016.000	$ 80.700	$ 0	$ 80.700
27	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000

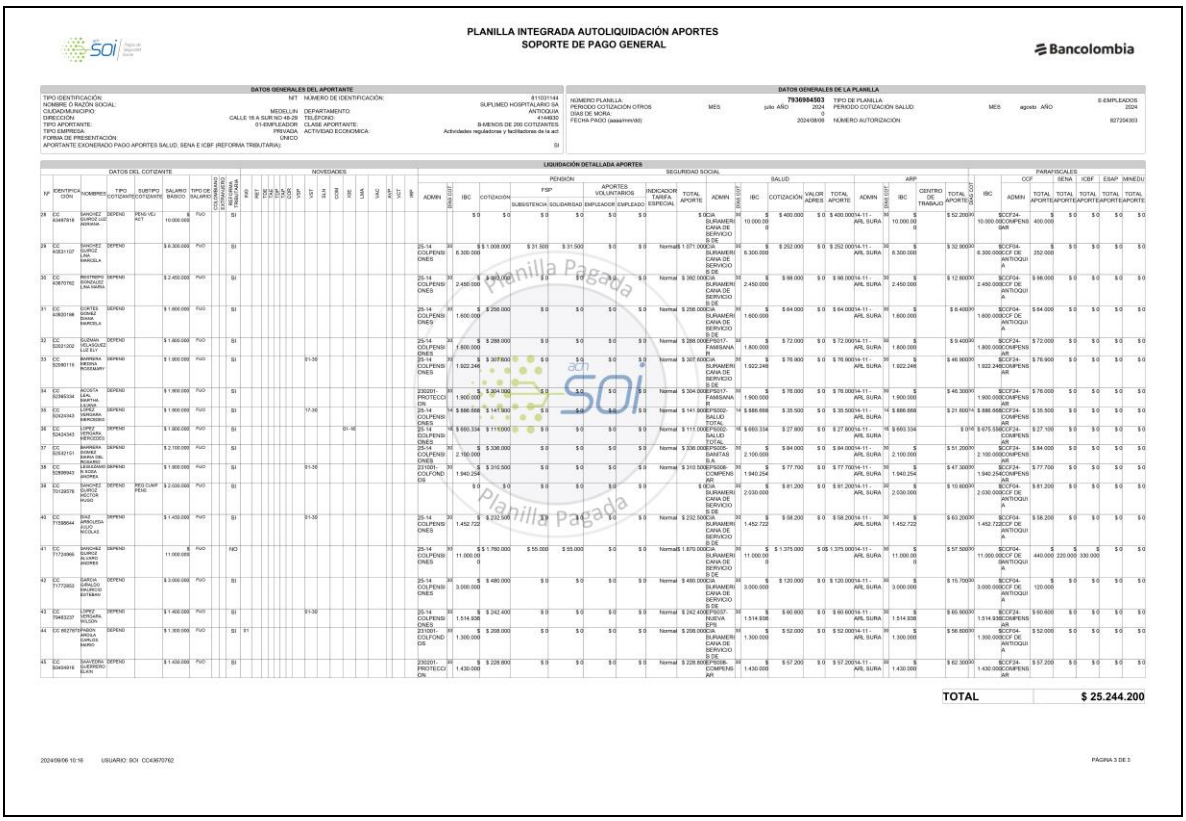
ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
8	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.400.000		$ 82.900	30	$ 3.400.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 136.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.040.988		$ 10.700	30	$ 2.040.988	CCF24-COMPENSAR	$ 81.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.920.127		$ 46.800	30	$ 1.920.127	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.935.222		$ 47.200	30	$ 1.935.222	CCF24-COMPENSAR	$ 77.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.535.752		$ 8.100	30	$ 1.535.752	CCF24-COMPENSAR	$ 61.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.827.923		$ 9.600	30	$ 1.827.923	CCF24-COMPENSAR	$ 73.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.790.000		$ 9.400	30	$ 1.790.000	CCF24-COMPENSAR	$ 71.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.900.000		$ 46.300	30	$ 1.900.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.550.000		$ 8.100	30	$ 1.550.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 62.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.920.127		$ 46.800	30	$ 1.920.127	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000		$ 8.700	30	$ 1.650.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.900.000		$ 46.300	30	$ 1.900.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.856		$ 7.500	30	$ 1.423.856	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.920.127		$ 46.800	30	$ 1.920.127	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.660.000		$ 8.700	30	$ 1.660.000	CCF24-COMPENSAR	$ 66.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	14-11 - ARL SURA	14	$ 994.000		$ 0	14	$ 994.000	CCF24-COMPENSAR	$ 39.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	14-11 - ARL SURA	16	$ 1.136.001		$ 6.000	16	$ 1.136.001	CCF24-COMPENSAR	$ 45.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.925.159		$ 46.900	30	$ 1.925.159	CCF24-COMPENSAR	$ 77.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.016.000		$ 10.600	30	$ 2.016.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 80.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 56.600	30	$ 1.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

2024/08/06 10:16 USUARIO: SOI CC43670762

PÁGINA 2 DE 3



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 811031144
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCION:	CALLE 16 A SUR NO 48-28	TELEFONO:	4144630
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7936984503		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO	2024
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/06		NUMERO AUTORIZACIÓN:		827204003

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	RESIDENTE EXTERIOR	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD					ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																								ADMIN	BASE COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AJUSTES	TOTAL APORTE	ADMIN	BASE COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
28	CC 43497818	SANCHEZ SUAREZ LUZ MARIANA	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 10.000.000	FIJO				SI														$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	30 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000	14 - ARL SURA	30 10.000.000	$ 52.200	$CCF24-10.000.000	COMPENSAR	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 43531107	SANCHEZ SUAREZ LINA MARCELA	DEPEND		$ 6.300.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 6.300.000	$ 1.008.000	$ 31.500	$ 31.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.071.000	$ 0	30 6.300.000	$ 252.000	$ 0	$ 252.000	14 - ARL SURA	30 6.300.000	$ 32.900	$CCF04-6.300.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 252.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 43857792	RESTREPO GONZALEZ LINA MARIA	DEPEND		$ 2.450.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 2.450.000	$ 392.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 392.000	$ 0	30 2.450.000	$ 98.000	$ 0	$ 98.000	14 - ARL SURA	30 2.450.000	$ 12.800	$CCF04-2.450.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 98.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	CC 43920166	SORTES GOMEZ DIANA MARCELA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	$ 0	30 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000	14 - ARL SURA	30 1.600.000	$ 8.400	$CCF04-1.600.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	CC 52021202	SUZMAN VELASQUEZ LIZ EY	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	$ 0	30 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000	14 - ARL SURA	30 1.800.000	$ 9.400	$CCF24-1.800.000	COMPENSAR	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	CC 52080178	BARRERA GOMEZ ROSEMARY	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO				SI							01-30						25-14 COLPENSIONES	30 1.922.246	$ 307.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.600	$ 0	30 1.922.246	$ 76.900	$ 0	$ 76.900	14 - ARL SURA	30 1.922.246	$ 46.900	$CCF24-1.922.246	COMPENSAR	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	CC 52365334	AGOSTA LEAL MARTHA LUCIA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO				SI													23020I - PROTECCION	30 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000	$ 0	P5017 - FAMISANA	30 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 76.000	14 - ARL SURA	30 1.900.000	$ 46.300	$CCF24-1.900.000	COMPENSAR	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
35	CC 52424343	LOPEZ HERRERA ESMERALDA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO				SI							17-30						25-14 COLPENSIONES	30 $ 886.666	$ 141.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 141.900	$ 0	P5032 - SALUD TOTAL	14 $ 886.666	$ 35.500	$ 0	$ 35.500	14 - ARL SURA	14 $ 886.666	$ 21.600	$CCF24-886.666	COMPENSAR	$ 35.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
36	CC 52424343	LOPEZ HERRERA ESMERALDA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO				SI											01-16		25-14 COLPENSIONES	16 $ 660.334	$ 111.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 111.000	EPS032 - SALUD TOTAL	16 $ 660.334	$ 27.900	$ 0	$ 27.900	14 - ARL SURA	16 $ 660.334	$ 0.016	$ 675.556	CCF24-COMPENSAR	$ 27.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
37	CC 53521701	BARRERA GOMEZ MARIA DEL PILAR	DEPEND		$ 2.100.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 2.100.000	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 336.000	EPS005 - SANITAS S A	30 2.100.000	$ 84.000	$ 0	$ 84.000	14 - ARL SURA	30 2.100.000	$ 51.200	$CCF24-2.100.000	COMPENSAR	$ 84.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
38	CC 53899943	LEGUIZAMO RODA ANDREA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO				SI							01-30						23100I - COLFONDOS	30 1.940.254	$ 310.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 310.500	EPS008 - COMPENSAR	30 1.940.254	$ 77.700	$ 0	$ 77.700	14 - ARL SURA	30 1.940.254	$ 47.300	$CCF24-1.940.254	COMPENSAR	$ 77.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
39	CC 79129578	SANCHEZ PEÑA HECTOR HUGO	DEPEND	REG EXNP PENS	$ 2.030.000	FIJO				SI														$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	30 2.030.000	$ 81.200	$ 0	$ 81.200	14 - ARL SURA	30 2.030.000	$ 10.600	$CCF24-2.030.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 81.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
40	CC 79389544	DIAZ APOLINDIA HUGO NICOLAS	DEPEND		$ 1.430.000	FIJO				SI							01-30						25-14 COLPENSIONES	30 1.452.722	$ 232.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 232.500	EPS008 - COMPENSAR	30 1.452.722	$ 58.200	$ 0	$ 58.200	14 - ARL SURA	30 1.452.722	$ 63.200	$CCF24-1.452.722	CCF DE ANTIOQUIA	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
41	CC 71724990	SANCHEZ SUAREZ ALVARO ANDRES	DEPEND		$ 11.000.000	FIJO				NO													25-14 COLPENSIONES	30 11.000.000	$ 1.760.000	$ 55.000	$ 55.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.870.000	EPS008 - COMPENSAR	30 11.000.000	$ 1.375.000	$ 0	$ 1.375.000	14 - ARL SURA	30 11.000.000	$ 57.500	$CCF04-11.000.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 440.000	$ 220.000	$ 330.000	$ 0	$ 0	$ 0
42	CC 71772863	GARCIA GIRALDO ALEJANDRO BETANCUR	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO				SI													25-14 COLPENSIONES	30 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS008 - COMPENSAR	30 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14 - ARL SURA	30 3.000.000	$ 15.700	$CCF04-3.000.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
43	CC 79483237	LOPEZ LOPERA WILSON	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO				SI							01-30						25-14 COLPENSIONES	30 1.514.936	$ 242.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.400	EPS037 - NUEVA EPS	30 1.514.936	$ 60.600	$ 0	$ 60.600	14 - ARL SURA	30 1.514.936	$ 65.900	$CCF24-1.514.936	COMPENSAR	$ 60.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
44	CC 80276797	PABON ARDILA CARLOS MARIO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO				SI	01												23100I - COLFONDOS	30 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008 - COMPENSAR	30 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14 - ARL SURA	30 1.300.000	$ 56.600	$CCF04-1.300.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
45	CC 80404916	SAAVEDRA GUERRERO ELIAN	DEPEND		$ 1.430.000	FIJO				SI													23020I - PROTECCION	30 1.430.000	$ 228.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.800	EPS008 - COMPENSAR	30 1.430.000	$ 57.200	$ 0	$ 57.200	14 - ARL SURA	30 1.430.000	$ 62.300	$CCF24-1.430.000	COMPENSAR	$ 57.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 25.244.200

2024/08/06 10:16 USUARIO SOI CC43670762

PÁGINA 3 DE 3

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	**7940226605**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/03	NUMERO AUTORIZACIÓN:	888030122

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	15	$ 7.221.500	$ 0	$ 0	$ 86.500	$ 86.500	$ 0	$ 0	$ 7.394.500	$ 0	$ 7.394.500
230301	230301-PORVENIR	7	$ 1.980.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.980.100	$ 0	$ 1.980.100
231001	231001-COLFONDOS	5	$ 1.294.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.294.700	$ 0	$ 1.294.700
230201	230201- PROTECCION	11	$ 3.285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.285.800	$ 0	$ 3.285.800
SUBTOTALES:										**$ 13.955.100**	**$ 0**	**$ 13.955.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	22		$ 0		$ 0		$ 0	$ 3.599.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.599.800	$ 0	$ 0	$ 3.599.800
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 362.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 362.400	$ 0	$ 0	$ 362.400
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 219.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 219.900	$ 0	$ 0	$ 219.900
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 208.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.700	$ 0	$ 0	$ 208.700
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 273.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.500	$ 0	$ 0	$ 273.500
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 271.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 0	$ 0	$ 271.700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 122.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 122.000	$ 0	$ 0	$ 122.000
SUBTOTALES:													**$ 5.058.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.058.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	42		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.360.600	$ 1.360.600	$ 0	$ 0	$ 1.360.600
SUBTOTALES:									**$ 1.360.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.360.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	18	$ 1.584.900	$ 0	$ 1.584.900
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	22	$ 2.331.900	$ 0	$ 2.331.900
SUBTOTALES:			**$ 3.926.800**	**$ 0**	**$ 3.926.800**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 330.000	$ 0	$ 330.000
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 220.000	$ 0	$ 220.000
SUBTOTALES:			**$ 550.000**	**$ 0**	**$ 550.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 1000088976	CALAD GRISALES VALENTINA	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 1.300.000			NO																	
2	CC 1004788564	BEDOYA BEDOYA DUVIER ALDAIR	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO		SI									01-30								
3	CC 1007240852	CASTRO ZAPATA MARIA CLARA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO		SI									01-30								
4	CC 1007973899	SALAZAR GIRALDO SANTIAGO	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 1.300.000			NO		06															
5	CC 1013887245	SANCHEZ CAMELO GERALDINE	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO		SI									01-30								
6	CC 1017149385	USMA SANCHEZ MONICA LISBETH	DEPEND		$ 3.920.000	FIJO		SI									01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.013.587	$ 322.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.200
3	230201-PROTECCION	30	$ 1.961.956	$ 314.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 314.000
4			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
5	230301-PORVENIR	30	$ 1.910.326	$ 305.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 305.700
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.920.000	$ 627.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 627.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 6.800
2	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.013.587	$ 80.600	$ 0	$ 80.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.013.587		$ 49.100
3	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.961.956	$ 78.500	$ 0	$ 78.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.961.956		$ 47.800
4	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	6	$ 260.000	$ 32.500	$ 0	$ 32.500	14-11 - ARL SURA	6	$ 260.000		$ 6.400
5	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.910.326	$ 76.500	$ 0	$ 76.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.910.326		$ 46.600
6	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 3.920.000	$ 156.800	$ 0	$ 156.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.920.000		$ 20.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 2.013.587	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 80.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.961.956	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 78.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.910.326	CCF24-COMPENSAR	$ 76.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 3.920.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 156.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

2024/09/03 12:09 PM USUARIO: SOI CC43670762

PÁGINA 1 DE 4

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7940226605	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/03	NUMERO AUTORIZACIÓN:	888030122

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
7	CC 1017215092	MURIEL POSADA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 3.400.000	FIJO			SI									01-30								
8	CC 1019659726	TOVAR DIUSABA KEVIN RICARDO	DEPEND		$ 1.570.000	FIJO			SI									01-30								
9	CC 1020102596	GARCIA VELEZ MANUELA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
10	CC 1022951463	CHAVERRA MILLAN JENNIFFER ANDREA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
11	CC 1024517576	GAMBOA MATEUS GISNY PAOLA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI									01-30								
12	CC 1031150760	VANEGAS ACOSTA JHOSIMAR DUBAN	DEPEND		$ 1.790.000	FIJO			SI									01-30								
13	CC 1033771143	SANCHEZ FLOREZ DANIEL ESTIVEN	DEPEND		$ 1.790.000	FIJO			SI																	
14	CC 1035876625	HENAO MORENO LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
15	CC 1036607901	BUITRAGO MOSQUERA JUAN ESTEBAN	DEPEND		$ 1.550.000	FIJO			SI									01-30								
16	CC 1036671014	ACEVEDO LOPEZ YENNY ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
17	CC 1036682053	URIBE RIOS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO			SI																	
18	CC 1036828680	VALENCIA GONZALEZ DIANA MARCELA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
19	CC 1036828845	URREA GARCIA VERONICA	DEPEND		$ 1.380.000	FIJO			SI									01-30								
20	CC 1037580944	MARIN ZULUAGA NATALIA MARIA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
21	CC 1070607325	AVILA JIMENEZ GUSTAVO ALBERTO	DEPEND		$ 1.660.000	FIJO			SI																	
22	CC 1074187567	CRUZ CARDENAS LUIS ALBERTO	DEPEND		$ 2.130.000	FIJO			SI																	
23	CC 1110517547	SANCHEZ GAITAN JULY ESTEFAN	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI									01-30								
24	CC 1152189036	DUQUE CARRILLO DANIELA	DEPEND		$ 2.016.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.455.438	$ 552.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 552.900
8	230301-PORVENIR	30	$ 1.623.804	$ 259.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259.900
9	230201-PROTECCION	30	$ 1.925.815	$ 308.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.200
10	231001-COLFONDOS	30	$ 1.920.652	$ 307.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.400
11	230301-PORVENIR	30	$ 1.541.304	$ 246.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 246.700
12	230201-PROTECCION	30	$ 1.799.728	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000
13	230301-PORVENIR	30	$ 1.790.000	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 286.400
14	230201-PROTECCION	30	$ 2.029.076	$ 324.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 324.700
15	230301-PORVENIR	30	$ 1.571.060	$ 251.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 251.400
16	230201-PROTECCION	30	$ 1.956.793	$ 313.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 313.100
17	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.000
18	230201-PROTECCION	30	$ 1.967.119	$ 314.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 314.800
19	230201-PROTECCION	30	$ 1.440.000	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.400
20	230201-PROTECCION	30	$ 1.982.609	$ 317.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 317.300
21	231001-COLFONDOS	30	$ 1.660.000	$ 265.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 265.600
22	230201-PROTECCION	30	$ 2.130.000	$ 340.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 340.800
23	230301-PORVENIR	30	$ 1.920.652	$ 307.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.400
24	230301-PORVENIR	30	$ 2.016.000	$ 322.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
7	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 3.455.438	$ 138.300	$ 0	$ 138.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.455.438		$ 84.200
8	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.623.804	$ 65.000	$ 0	$ 65.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.623.804		$ 8.500
9	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.925.815	$ 77.100	$ 0	$ 77.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.925.815		$ 47.000
10	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.920.652	$ 76.900	$ 0	$ 76.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.920.652		$ 46.800
11	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.541.304	$ 61.700	$ 0	$ 61.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.541.304		$ 8.100
12	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.799.728	$ 72.000	$ 0	$ 72.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.799.728		$ 9.400
13	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.790.000	$ 71.600	$ 0	$ 71.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.790.000		$ 9.400
14	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.029.076	$ 81.200	$ 0	$ 81.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.029.076		$ 49.500
15	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.571.060	$ 62.900	$ 0	$ 62.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.571.060		$ 8.300
16	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.956.793	$ 78.300	$ 0	$ 78.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.956.793		$ 47.700
17	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000		$ 8.700
18	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.967.119	$ 78.700	$ 0	$ 78.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.967.119		$ 48.000
19	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.440.000	$ 57.600	$ 0	$ 57.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.440.000		$ 7.600
20	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.982.609	$ 79.400	$ 0	$ 79.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.982.609		$ 48.300
21	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.660.000	$ 66.400	$ 0	$ 66.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.660.000		$ 8.700
22	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.130.000	$ 85.200	$ 0	$ 85.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.130.000		$ 11.200
23	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.920.652	$ 76.900	$ 0	$ 76.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.920.652		$ 46.800
24	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.016.000	$ 80.700	$ 0	$ 80.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.016.000		$ 10.600

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	30	$ 3.455.438	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 138.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	30	$ 1.623.804	CCF24-COMPENSAR	$ 65.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	30	$ 1.925.815	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 77.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	30	$ 1.920.652	CCF24-COMPENSAR	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	30	$ 1.541.304	CCF24-COMPENSAR	$ 61.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	30	$ 1.799.728	CCF24-COMPENSAR	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	30	$ 1.790.000	CCF24-COMPENSAR	$ 71.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	30	$ 2.029.076	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 81.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	30	$ 1.571.060	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 62.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	30	$ 1.956.793	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 78.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	30	$ 1.650.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	30	$ 1.967.119	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 78.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	30	$ 1.440.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 57.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	30	$ 1.982.609	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 79.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	30	$ 1.660.000	CCF24-COMPENSAR	$ 66.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	30	$ 2.130.000	CCF24-COMPENSAR	$ 85.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	30	$ 1.920.652	CCF24-COMPENSAR	$ 76.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	30	$ 2.016.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 80.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

2024/09/03 12:09 PM USUARIO: SOI CC43670762

PÁGINA 2 DE 4

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7940226605	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	888030122

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
25	CC 1214718434	SARRAZOLA HURTADO JHON ANDERSON	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI
26	CC 43497818	SANCHEZ QUIROZ LUZ ADRIANA	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 10.000.000	FIJO			SI
27	CC 43531107	SANCHEZ QUIROZ LINA MARCELA	DEPEND		$ 6.300.000	FIJO			SI
28	CC 43670762	RESTREPO GONZALEZ LINA MARIA	DEPEND		$ 2.450.000	FIJO			SI
29	CC 43920188	CORTES GOMEZ DIANA MARCELA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI
30	CC 43920188	CORTES GOMEZ DIANA MARCELA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI
31	CC 52021202	GUZMAN VELASQUEZ LUZ ELY	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI
32	CC 52090115	BARRERA MEDINA ROSSMARY	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
33	CC 52090115	BARRERA MEDINA ROSSMARY	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
34	CC 52368334	ACOSTA LEAL MARTHA LILIANA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
35	CC 52424343	LOPEZ VERGARA MERCEDES	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
36	CC 52424343	LOPEZ VERGARA MERCEDES	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
37	CC 52532151	BARRERA GOMEZ MARIA DEL ROSARIO	DEPEND		$ 2.100.000	FIJO			SI
38	CC 52532151	BARRERA GOMEZ MARIA DEL ROSARIO	DEPEND		$ 2.100.000	FIJO			SI
39	CC 52808943	LEGUIZAMON SOSA ANDREA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			SI
40	CC 70129576	SANCHEZ QUIROZ HECTOR HUGO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 2.030.000	FIJO			SI
41	CC 71598644	DIAZ ARBOLEDA JULIO NICOLAS	DEPEND		$ 1.430.000	FIJO			SI

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
25																	
26																	
27																	
28																	
29									03-30								
30												01-02					
31																	
32												01-03					
33									04-30								
34									01-30								
35									13-30								
36												01-12					
37									25-30								
38												01-24					
39									01-30								
40																	
41									01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
26			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
27	25-14 COLPENSIONES	30	$ 6.300.000	$ 1.008.000	$ 31.500	$ 31.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.071.000
28	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.450.000	$ 392.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 392.000
29	25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.493.335	$ 239.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239.000
30	25-14 COLPENSIONES	2	$ 86.667	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 13.900
31	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000
32	25-14 COLPENSIONES	3	$ 130.000	$ 20.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 20.800
33	25-14 COLPENSIONES	27	$ 1.710.001	$ 273.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 273.700
34	230201-PROTECCION	30	$ 1.910.326	$ 305.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 305.700
35	25-14 COLPENSIONES	18	$ 1.140.001	$ 182.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 182.500
36	25-14 COLPENSIONES	12	$ 520.000	$ 83.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 83.200
37	25-14 COLPENSIONES	6	$ 420.001	$ 67.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 67.300
38	25-14 COLPENSIONES	24	$ 1.120.001	$ 179.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.300
39	231001-COLFONDOS	30	$ 1.910.326	$ 305.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 305.700
40			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
41	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.445.544	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.300

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
25	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
26	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000
27	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.300.000	$ 252.000	$ 0	$ 252.000
28	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.450.000	$ 98.000	$ 0	$ 98.000
29	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	28	$ 1.493.335	$ 59.800	$ 0	$ 59.800
30	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 86.667	$ 3.500	$ 0	$ 3.500
31	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000
32	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3	$ 130.000	$ 5.200	$ 0	$ 5.200
33	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	27	$ 1.710.001	$ 68.500	$ 0	$ 68.500
34	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.910.326	$ 76.500	$ 0	$ 76.500
35	EPS002-SALUD TOTAL	18	$ 1.140.001	$ 45.700	$ 0	$ 45.700
36	EPS002-SALUD TOTAL	12	$ 520.000	$ 20.800	$ 0	$ 20.800
37	EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 420.001	$ 16.900	$ 0	$ 16.900
38	EPS005-SANITAS S.A.	24	$ 1.120.001	$ 44.900	$ 0	$ 44.900
39	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.910.326	$ 76.500	$ 0	$ 76.500
40	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.030.000	$ 81.200	$ 0	$ 81.200
41	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.445.544	$ 57.900	$ 0	$ 57.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

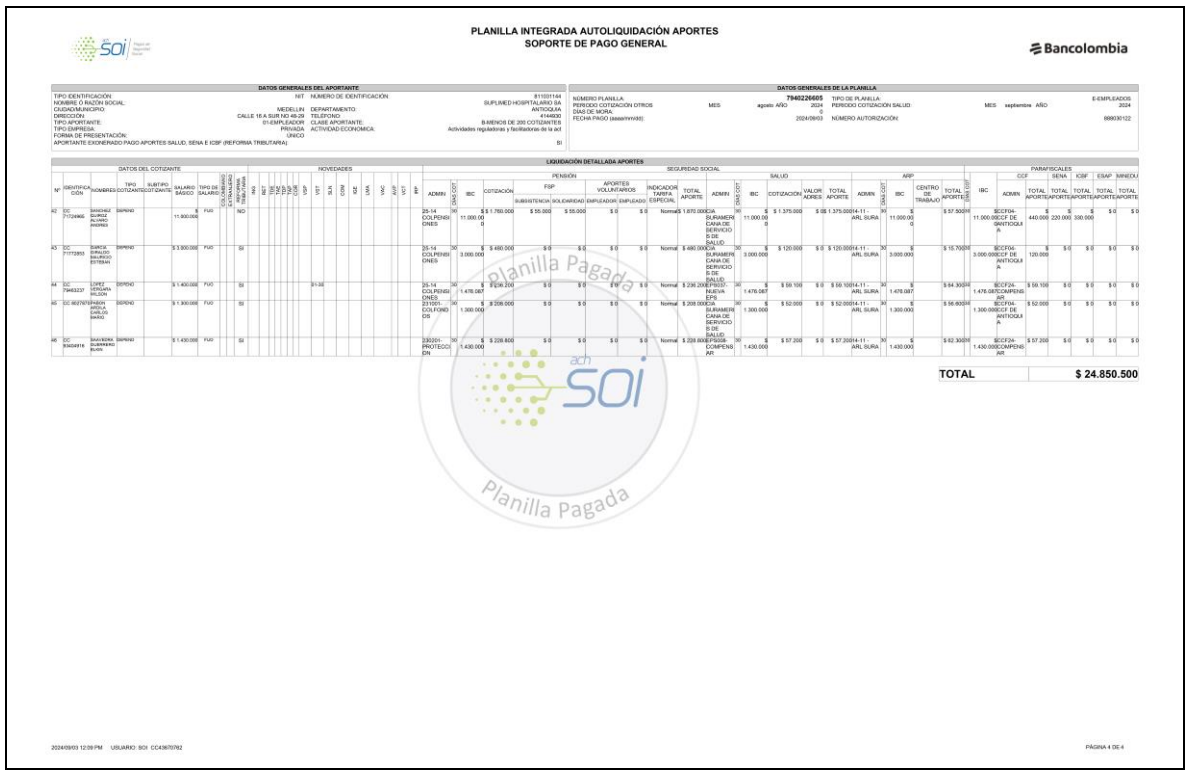
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
25	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 56.600
26	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.000.000		$ 52.200
27	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.300.000		$ 32.900
28	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.450.000		$ 12.800
29	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.493.335		$ 7.800
30	14-11 - ARL SURA	2	$ 86.667		$ 0
31	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.800.000		$ 9.400
32	14-11 - ARL SURA	3	$ 130.000		$ 0
33	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.710.001		$ 41.700
34	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.910.326		$ 46.600
35	14-11 - ARL SURA	18	$ 1.140.001		$ 27.800
36	14-11 - ARL SURA	12	$ 520.000		$ 0
37	14-11 - ARL SURA	6	$ 420.001		$ 10.300
38	14-11 - ARL SURA	24	$ 1.120.001		$ 0
39	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.910.326		$ 46.600
40	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.030.000		$ 10.600
41	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.445.544		$ 62.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
25	30	$ 1.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	30	$ 10.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	30	$ 6.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 252.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	30	$ 2.450.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 98.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	28	$ 1.493.335	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 59.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	2	$ 71.112	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 2.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	30	$ 1.800.000	CCF24-COMPENSAR	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	3	$ 126.667	CCF24-COMPENSAR	$ 5.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	27	$ 1.710.001	CCF24-COMPENSAR	$ 68.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	30	$ 1.910.326	CCF24-COMPENSAR	$ 76.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
35	18	$ 1.140.001	CCF24-COMPENSAR	$ 45.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
36	12	$ 506.667	CCF24-COMPENSAR	$ 20.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
37	6	$ 420.001	CCF24-COMPENSAR	$ 16.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
38	24	$ 1.120.001	CCF24-COMPENSAR	$ 44.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
39	30	$ 1.910.326	CCF24-COMPENSAR	$ 76.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
40	30	$ 2.030.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 81.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
41	30	$ 1.445.544	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 57.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

2024/09/03 12:09 PM USUARIO: SOI CC43670762

PÁGINA 3 DE 4



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144630
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades regladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7940226605	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	889930122

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES										
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	TDA / TVA	INT	TDE	TAE	TDP	VSP	VIT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVT	VST	RP	PENSIÓN									SALUD							ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																							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	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
A2	CC 71724966	SANCHEZ QUIROZ ALVARO ANDRES	DEPEND		$ 11.300.000	FIJO		NO															25-14 COLPENSIONES	30	$ 11.300.000	$ 1.760.000	$ 55.000	$ 55.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.870.000	CAJA DE SUBSIDIO FAMILIAR DE ANTIOQUIA	30	$ 11.300.000	$ 1.375.000	$ 138	$ 1.375.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 11.300.000	$ 0	$ 57.500	11.300.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 440.000	$ 220.000	$ 330.000	$ 0	$ 0	
A3	CC 7173853	SUAREZ GARCIA MAURICIO ESTEBAN	DEPEND		$ 3.900.000	FIJO		SI															25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.900.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	CAJA DE SUBSIDIO FAMILIAR DE ANTIOQUIA	30	$ 3.900.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.900.000	$ 0	$ 15.700	3.900.000	CCF DE ANTIOQUIA	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
A4	CC 79463237	LOPEZ VENGAYA WILSON	DEPEND		$ 1.430.000	FIJO		SI															25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.476.087	$ 236.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.200	EPS037 - NUEVA EPS	30	$ 1.476.087	$ 66.100	$ 0	$ 66.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.476.087	$ 0	$ 94.300	1.476.087	CCF24-COMPENSAR	$ 59.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
A5	CC 80276745	HIDALGO CARLOS MARIO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI															23 1201 - COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CAJA DE SUBSIDIO FAMILIAR DE ANTIOQUIA	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 0	$ 56.800	1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
A6	CC 93434916	SALVADORA GUERRERO DIVER	DEPEND		$ 1.430.000	FIJO		SI															230201 - PROTECCIÓN	30	$ 1.430.000	$ 228.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.800	EPS034 - COMPENSAR	30	$ 1.430.000	$ 57.200	$ 0	$ 57.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.430.000	$ 0	$ 62.300	1.430.000	CCF24-COMPENSAR	$ 57.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL	**$ 24.850.500**

2024/09/03 12:09 PM USUARIO: SOI CC43670762

PÁGINA 4 DE 4

Planilla Pagada
aportesensalud
SOI
Planilla Pagada

SUBTOTAL:		$ 550.000

VALOR SIN MORA:	$ 24.850.500
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 24.850.500

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
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:	**7940226605**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		888030122

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	11	$ 3.285.800
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	15	$ 7.394.500
800227940	231001	231001-COLFONDOS	5	$ 1.294.700
800224808	230301	230301-PORVENIR	7	$ 1.980.100
		SUBTOTAL:	38	**$ 13.955.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	5	$ 362.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 208.700
900604350	EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	3	$ 273.500
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 219.900
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 122.000
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	22	$ 3.599.800
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	4	$ 271.700
		SUBTOTAL:	42	**$ 5.058.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	18	$ 1.594.900
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	22	$ 2.331.900
		SUBTOTAL:	40	**$ 3.926.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	42	$ 1.360.600
		SUBTOTAL:	42	**$ 1.360.600**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 220.000
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 330.000

Planilla Pagada

34

ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZAS

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
SENA REGIONAL ANTIOQUIA
ACTA DE APROBACIÓN DE PÓLIZA

Que la subdirectora del Centro de Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993, Artículos 2.2.1.2.3.1.12, 2.2.1.2.3.1.13 y demás del Decreto 1082 de 2015 (modificado por Decreto 1860 de 2021), una vez exigida por la entidad y aportada por el contratista **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S** con NIT. 811.031.144-7 representada legalmente por **ALVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.724.965 de Medellín-Antioquia, y que para amparar el contrato Prestación de Servicio según las siguientes características:

OBJETO: *"5_9401_832 Prestar el servicio de vacunación de acuerdo a la necesidad para los aprendices del área asistencial y demás que requieran realizar prácticas en las instituciones del sector salud y demás campos de práctica".*

CONTRATO No: CO1.PCCNTR.6535196 del 18/07/2024

COMPAÑIA ASEGURADORA: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

No PÓLIZA: 3971856-4 y 0971602-1

VIGENCIAS:	AMPAROS	DESDE	HASTA
	CUMPLIMIENTO:	23/07/2024	16/06/2025
	CALIDAD DEL SERVICIO:	23/07/2024	16/06/2025
	PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES:	23/07/2024	16/12/2027
	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:	23/07/2024	15/12/2024

AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	
CUMPLIMIENTO:	20%	$ 59.410.000
CALIDAD DEL SERVICIO:	20%	$ 59.410.000
PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES:	5%	$ 14.852.500
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:	**200 SMMLV**	$ 260.000.000

Que, revisados los amparos, valores y exigencias contenidas en la presente póliza, según requisito exigido en el contrato, la Subdirectora del Centro de Servicios de Salud, **APRUEBA**, en la ciudad de Medellín a los veintitrés (23) días del mes de julio de 2024.

FIRMA: _____

Nora Luz Salazar Marulanda
Subdirectora Centro Servicios de Salud- SENA

Proyectó: Alex Hernando Tapias Zuleta
Contratación Bienes y Servicios CSS-Sena

Revisó: Ana María Jaramillo Mesa
Jurídica CSS-Sena

ALCANCE AL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.6535196 DE JULIO 2024 SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA Y SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.

El presente documento tiene como finalidad, aclarar que por error involuntario de digitación en el acta de inicio del contrato **CO1.PCCNTR.6535196**, que fue suscrita por las partes el día 23 del mes julio de 2024, se registró como fecha de inicio del contrato el 23 de julio 2023 (23/07/2023), así:

En la ciudad de Medellín el día 23 de julio de 2024 entre los suscritos NORA LUZ SALAZAR MARULANDA identificada con la cédula de ciudadanía C.C. 43.532.945 en calidad de Subdirectora del Centro de Servicios de Salud- Regional Antioquia, por el SENA, por la otra parte ALVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ con cédula de ciudadanía No. 71.724.965 actuando en calidad de Representante Legal de SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S con NIT. 811.031.144-7 quien se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato N.° CO1.PCCNTR.6535196 DE 2024, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 125324 del 19/07/2024

Fecha de aprobación de las garantías: (23/07/2024)

Fecha de inicio: (23/07/2023)

Fecha de Terminación: (15/12/2024)

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
SENA CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
CONTRATANTE

ALVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S
EL CONTRATISTA

Siendo la fecha real de inicio del contrato el 23 de julio de 2024 (Fecha de inicio: 23/07/2024).

La demás información que reposa en dicha acta permanecerá indemne.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

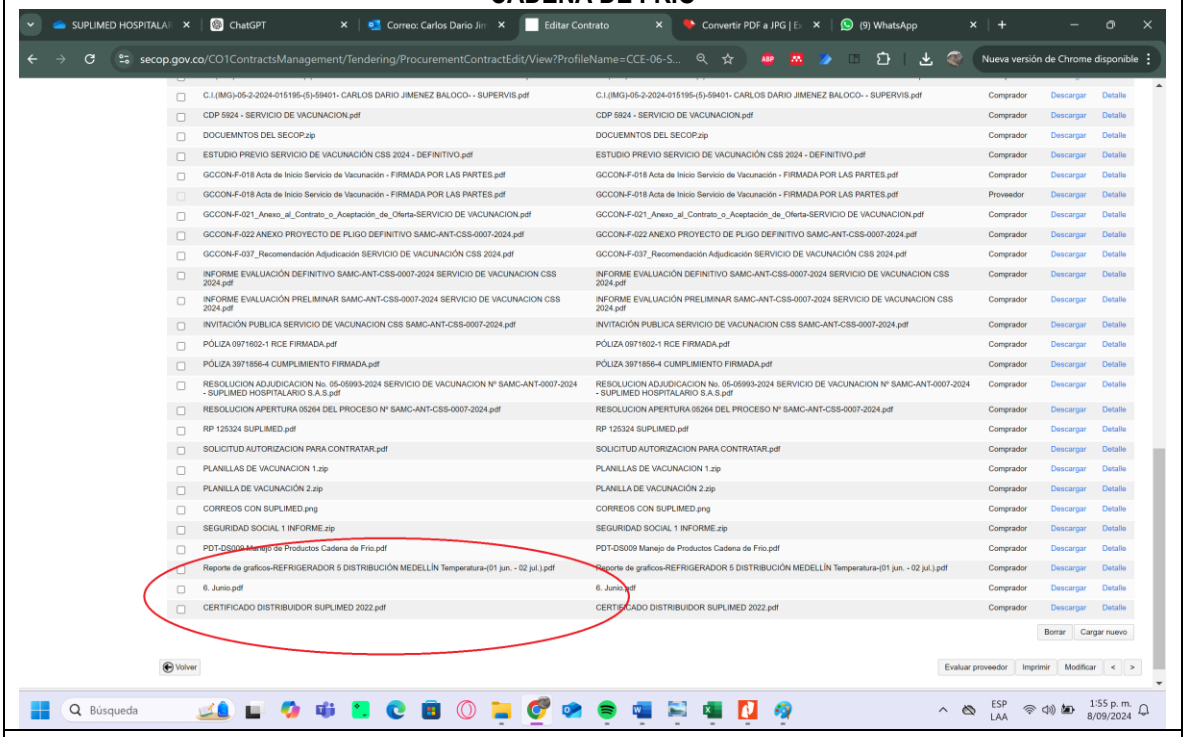
NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
SENA CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
CONTRATANTE

ALVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S
EL CONTRATISTA

CARLOS DARÍO JIMÉNEZ BALOCO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Proyectó. Alex Hernando Tapias Zuleta - Contratación Bienes y Servicios CSS
Vo.Bo.: Ana María Jaramillo Mesa - Jurídica CSS

CADENA DE FRIO



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA UNIDOS

LA DIRECTORA TECNICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL Y FACTORES DE RIESGO DE LA SUBSECRETARÍA SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las competencias de vigilancia sanitaria conferidas en la Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001, Ley 9 de 1979 y los Decretos 677 de 1995, 219 de 1998, 1545 de 1998, 4725 de 2005, 780 de 2016, 3770 de 2004, 3249 de 2006 y las Resoluciones 0132 de 2006, 1403 de 2007, 4002 de 2007 en materia de Productos Farmacéuticos.

HACE CONSTAR QUE:

EL **DEPÓSITO DE DROGAS** denominado **DISTRIBUIDOR SUPLIMED** ubicado en la **CALLE 16A SUR N° 48 - 29, LOCAL 102,** del Municipio de **MEDELLIN**, de propiedad de la sociedad **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.** representada legamente por el señor **ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ** con cedula de ciudadanía N° **71.724.965**, recibió visita oficial por parte de los Técnicos del Área de la Salud de esta Secretaría, en ejercicio de sus competencias de inspección, vigilancia y control, según la normatividad legal vigente, el día **06 de julio de 2022**, en dicha visita se evaluó el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y sanitarios establecidos en la normatividad vigente **PARA LA COMERCIALIZACION AL POR MAYOR DE LOS PRODUCTOS AUTORIZADOS EN LA NORMATIVA**.

Con base en lo anterior, como resultado de la visita se emitió concepto sanitario **FAVORABLE**

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia podrá verificar en cualquier momento los requisitos legales, técnicos y sanitarios de este establecimiento farmacéutico.

Dada en Medellín el **11 de julio de 2022**

DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO
Directora Técnica de Salud Ambiental y Factores de Riesgo

Proyectó	Guillermo Gómez Ochoa – Técnico Área de la Salud		**11 de julio de 2022**
Revisó	Paola Andrea Gómez Llano – Profesional Universitaria		**11 de julio de 2022**

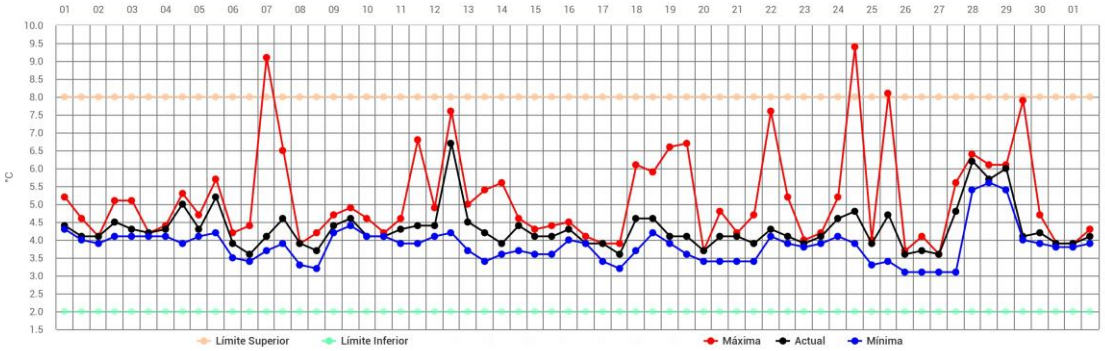
Se pagan los derechos de certificación por valor de $ 10.000

GLGOMEZO

MI MONITOR

Registro REFRIGERADOR 5 DISTRIBUCIÓN MEDELLÍN Temperatura

Organización: SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S **Dispositivo:** REFRIGERADOR 5 DISTRIBUCIÓN MEDELLÍN **Año:** 2024



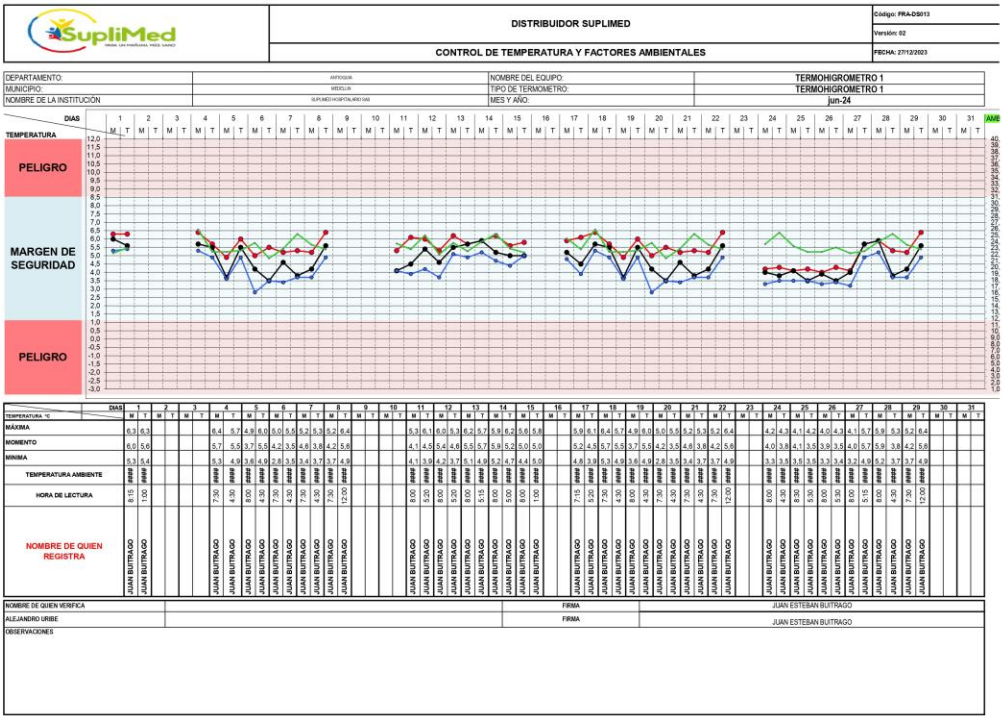
(M) Mañana (T) Tarde

Fecha	01/06/2024		02/06/2024		03/06/2024		04/06/2024		05/06/2024		06/06/2024		07/06/2024		08/06/2024		09/06/2024		10/06/2024	
Temperatura	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Máxima	5.2	4.6	4.1	5.1	5.1	4.2	4.4	5.3	4.7	5.7	4.2	4.4	9.1	6.5	3.9	4.2	4.7	4.9	4.6	4.2
Actual	4.4	4.1	4.1	4.5	4.3	4.2	4.3	5	4.3	5.2	3.9	3.6	4.1	4.6	3.9	3.7	4.4	4.6	4.1	4.1
Mínima	4.3	4	3.9	4.1	4.1	4.1	4.1	3.9	4.1	4.2	3.5	3.4	3.7	3.9	3.3	3.2	4.2	4.4	4.1	4.1

Fecha	11/06/2024		12/06/2024		13/06/2024		14/06/2024		15/06/2024		16/06/2024		17/06/2024		18/06/2024		19/06/2024		20/06/2024	
Temperatura	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Máxima	4.6	6.8	4.9	7.6	5	5.4	5.6	4.6	4.3	4.4	4.5	4.1	3.9	3.9	6.1	5.9	6.6	6.7	3.7	4.8
Actual	4.3	4.4	4.4	6.7	4.5	4.2	3.9	4.4	4.1	4.1	4.3	3.9	3.9	3.6	4.6	4.6	4.1	4.1	3.7	4.1
Mínima	3.9	3.9	4.1	4.2	3.7	3.4	3.6	3.7	3.6	3.6	4	3.9	3.4	3.2	3.7	4.2	3.9	3.6	3.4	3.4

netux | +57 (4) 448 0368 +57 317 641 50 29 | Circular 3 # 73 - 34 Medellín - Colombia


MI MONITOR
Fecha 21/06/2024 22/06/2024 23/06/2024 24/06/2024 25/06/2024 26/06/2024 27/06/2024 28/06/2024 29/06/2024 30/06/2024 01/07/2024
Temperatura M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T
Máxima 4.2 4.7 7.6 5.2 4 4.2 5.2 9.4 4 8.1 3.7 4.1 3.6 5.6 6.4 6.1 6.1 7.9 4.7 3.9 3.9 4.3
Actual 4.1 3.9 4.3 4.1 3.9 4.1 4.6 4.8 3.9 4.7 3.6 3.7 3.6 4.8 6.2 5.7 6 4.1 4.2 3.9 3.9 4.1
Minima 3.4 3.4 4.1 3.9 3.8 3.9 4.1 3.9 3.3 3.4 3.1 3.1 3.1 3.1 5.4 5.6 5.4 4 3.9 3.8 3.8 3.9
MI MONITOR
SOLUCIONES INTELIGENTES,
CON CALIDAD E INNOVACIÓN
netux
+57 (4) 448 0368
+57 317 641 50 29
Circular 3 # 73 - 34
Medellín - Colombia



SupliMed	DISTRIBUIDOR SUPLIMED	Código: PRA-DS013
		Versión: 02
	CONTROL DE TEMPERATURA Y FACTORES AMBIENTALES	FECHA: 27/12/2023

DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	NOMBRE DEL EQUIPO:	TERMOHIGROMETRO 1
MUNICIPIO:	MEDELLIN	TIPO DE TERMOMETRO:	TERMOHIGROMETRO 1
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	MES Y AÑO:	jun-24

TEMPERATURA — DIAS 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 27 28 29 30 31 AUX

PELIGRO

MARGEN DE SEGURIDAD

PELIGRO

DIAS	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	27	28	29	30	31
TEMPERATURA °C	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T	M T
MÁXIMA	6,3 6,3			6,4 5,7	4,9 6,0	5,0 5,5	5,2 5,3	5,2 6,4			5,3 6,1	6,0 5,3	6,2 5,7	5,9 6,2	5,6 5,8		5,9 6,1	6,4 5,7	4,9 6,0	5,0 5,5	5,2 5,3	5,2 6,4		4,2 4,3	4,1 4,2	4,0 4,3	4,1 5,7	5,9 5,3	5,2 6,4		
MOMENTO	6,0 5,6			5,7 5,9	3,7 5,9	4,2 3,5	4,6 3,8	4,2 5,6			4,1 4,5	5,4 4,6	5,5 5,7	5,9 5,2	5,0 5,0		5,2 4,5	5,7 5,5	3,7 5,5	4,2 3,5	4,6 3,8	4,2 5,6		4,0 3,8	4,1 3,5	3,9 3,5	4,0 5,7	5,9 3,8	4,2 5,6		
MINIMA	5,3 5,4			5,3 4,9	3,6 4,9	2,8 3,5	3,4 3,7	3,7 4,9			4,1 3,9	4,2 3,7	5,1 4,9	5,2 4,7	4,4 5,0		4,8 3,9	5,3 4,9	3,6 4,9	2,8 3,5	3,4 3,7	3,7 4,9		3,3 3,5	3,6 3,5	3,5 3,3	3,4 4,9	5,2 3,7	3,7 4,9		
TEMPERATURA AMBIENTE	#### ####			#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####			#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####		#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####		#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####	#### ####		
HORA DE LECTURA	6:15 1:00			7:30 4:30	8:00 4:30	7:30 4:30	7:30 4:30	7:30 12:00			8:00 5:20	8:00 5:20	8:00 5:15	8:00 5:00	8:00 1:00		7:15 5:20	7:30 4:30	8:00 4:30	7:30 4:30	7:30 4:30	7:30 12:00		8:00 4:30	8:30 5:30	8:00 5:30	8:00 5:15	8:00 4:30	7:30 12:00		
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO			JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO			JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO		JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO		JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO	JUAN BUITRAGO JUAN BUITRAGO		

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA		FIRMA	JUAN ESTEBAN BUITRAGO
ALEJANDRO URIBE		FIRMA	JUAN ESTEBAN BUITRAGO

OBSERVACIONES

SupliMed	**PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS**	**DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS**
Código: PDT-DS005	Vigencia: 14-07-2022	Versión: 01

1. DEFINICION

Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico o distribuidor autorizado sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico.

1.1 **OBJETIVO**

Garantizar las actividades que aseguren la entrega de vacunas y dispositivos médicos a los clientes e IPS en forma oportuna, eficiente y segura.

1.2 **ALCANCE**

Este procedimiento involucra la secuencia de actividades que se requieren desde la generación del pedido de compra o necesidades de las diferentes IPS, hasta la recepción del Medicamento y Dispositivos Médicos por el cliente.

1. NOTAS DE CAMBIO

No aplica.

2. RESPONSABILIDAD

El comité de farmacia será responsable de la implementación y evaluación de este documento.
Directora Técnica. Responsable de la gestión integral de biológicos.

Auxiliar Distribución. Responsable de brindar apoyo a la gestión integral de biológicos.

3. GLOSARIO Y SIGLAS

CADENA DE FRÍO. Proceso organizado de distribución, transporte, manipulación, conservación y almacenamiento en condiciones óptimas de luz y temperatura, garantizando en todo momento la inmunogenicidad y la eficacia protectora de las vacunas, desde que se

FDT-DS022 Recepción Pedidos de Clientes
Documento Externo Formato Reporte de Pérdida de las Condiciones-de Almacenamiento

8. ANEXOS

GDT-DS002 Guía Toma de Temperatura

GDT-DS003 GuíaTermoestabilidad Vacunas

CONTROL DE CAMBIOS.		
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE MODIFICACIÓN**
1	14/07/2022	Primera versión.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
REGENTE DE FARMACIA	DIRECTORA TÉCNICA	DIRECTORA TÉCNICA

GESTIÓN DE ERESIDUOS



ASEI - BIOLOGICOS & CONTAMINADOS

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	02/07/2024	9:04:20 AM		2.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	02/07/2024	9:04:20 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	02/07/2024	9:04:20 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	04/07/2024	9:20:55 AM		2.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	04/07/2024	9:20:56 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	04/07/2024	9:20:56 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www.grupoasei.co

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	09/07/2024	9:04:05AM		3.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	09/07/2024	9:04:05 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	09/07/2024	9:04:06 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	11/07/2024	8:41:27 AM		2.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	11/07/2024	8:41:27 AM		2.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	11/07/2024	8:41:28 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co



ASEI - BIOLOGICOS & CONTAMINADOS

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	16/07/2024	9:28:14AM		3.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	16/07/2024	9:28:14 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	16/07/2024	9:28:14 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	18/07/2024	9:39:40 AM		2.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	18/07/2024	9:39:40 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	18/07/2024	9:39:40 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o



ASEI - BIOLOGICOS & CONTAMINADOS

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	23/07/2024	9:22:01AM		3.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	23/07/2024	9:22:02 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	23/07/2024	9:22:02 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	25/07/2024	10:41:47 AM		3.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	25/07/2024	10:41:47 AM		0.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	25/07/2024	10:41:47 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	30/07/2024	9:17:10AM		3.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	30/07/2024	9:17:11 AM		1.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	30/07/2024	9:17:11 AM		3.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

RESUMEN ITEM TRATADOS

Item / Residuo	Cantidad
DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	23.00
INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	7.50
INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	10.00
Total Entregados	**40.50**

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co



CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

CONSIDERACIONES GENERALES

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC ANTIOQUIA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia al convenio entre las empresas **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S E.S.P y ASEI S.A.S E.S.P** identificada con **NIT 800201648-7** con lo establecido en las Resoluciones, 0793 de 2006, 0625 de 2009, 2313 de 2020 y 2679 diciembre 2020 otorgadas por el AMVA como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC BOGOTA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 4249 de 2019, otorgada por la CAR como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC TOLIMA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900.448.985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 7995 de 2022, otorgada por CORTOLIMA como autoridad ambiental para la cesión total de los derechos y obligaciones contenidos en las Resoluciones 783/07 y 1593/10 y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Aug de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**



Director Nacional de Disposición
JHON DEMIS IZQUIERDO PUERTO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

Instalación: IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

Dirección:CL 16 A Sur 48 29 101

Periodo de reporte: Agosto de 2024

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Biodegradables	40.400	Verde
	Ordinarios	41.800	Negra
	Reciclables	27.900	Blanca
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	17	Rojo
	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes	9	Rojo
	Total Kg reportados:	136.100	

Residuos reportados en cero:

Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19 cortopunzantes, COVID 19 quimicos

Secretaría de Salud

Dirección: Carrera 53A No. 42-161, Edificio Plaza la Libertad, piso 18. / e-mail: residuos.salud@medellin.gov.

Fecha de Expedición - dd-mm-aaaa: 05-09-2024 09:19:01

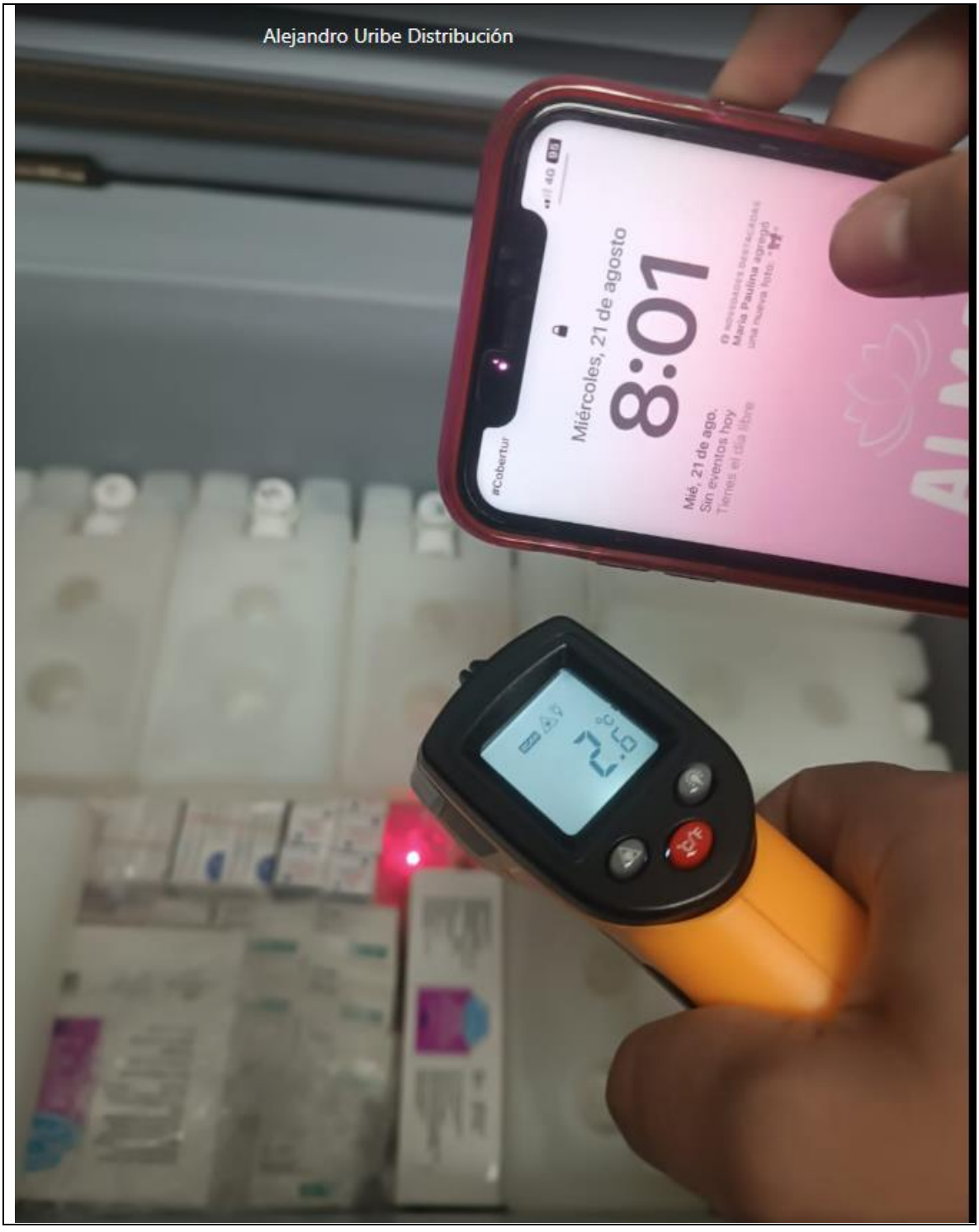
REGISTRO FOTOGRÁFICO


3:41

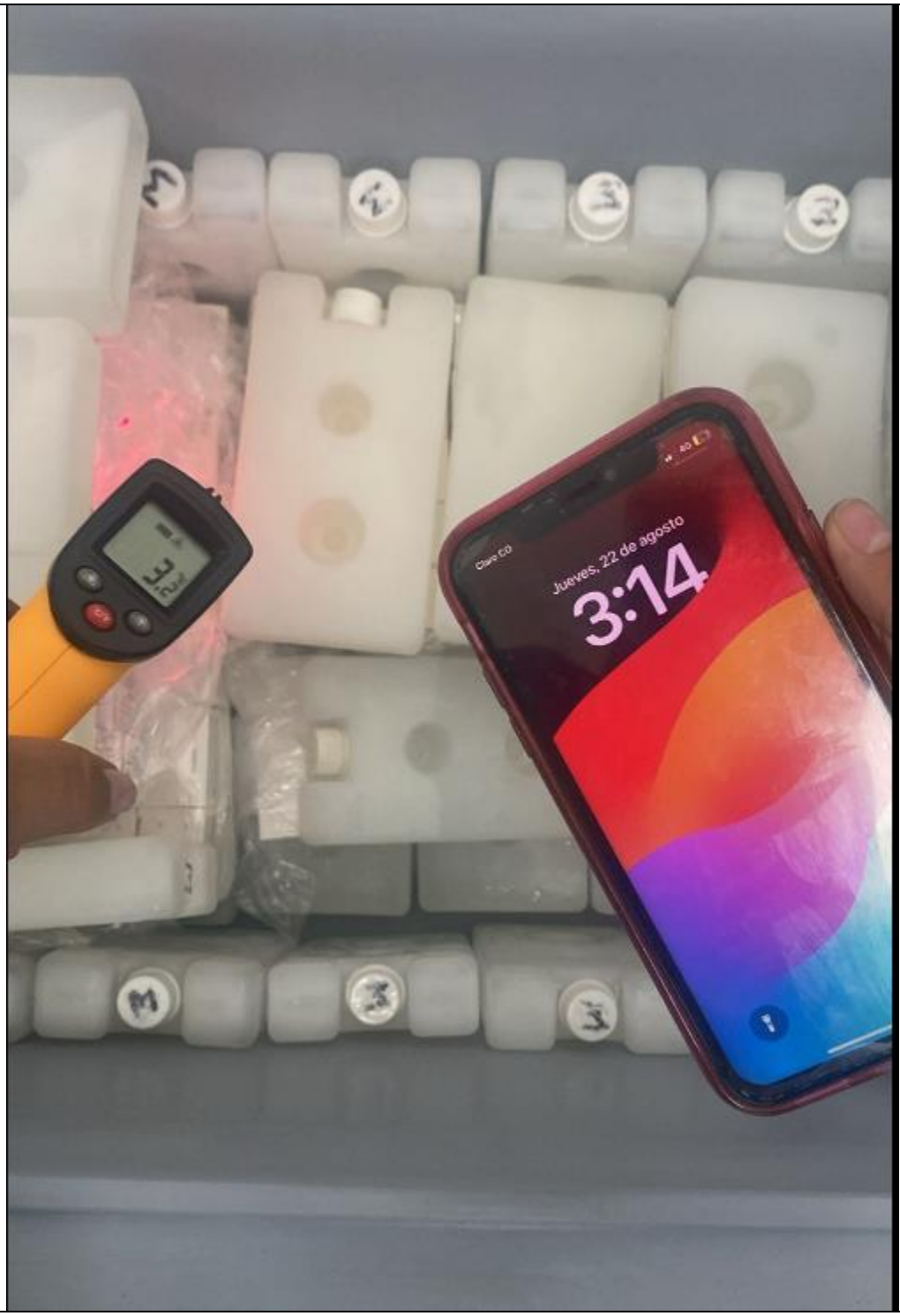

2:01
21 Agg. Mie
4.2


Claro
12:02
21 Ago, Mie
5.9


Alejandro Uribe Distribución
Claro
11:05
21 Ago, Mie
4.2
°C


Alejandro Uribe Distribución
Miércoles, 21 de agosto
8:01
Mié, 21 de ago.
Sin eventos hoy
Tienes el día libre
#Cobertur
21.0


Alejandro Uribe Distribución
CLARO
Jueves, 22 de agosto
12:00
°C/°F


Claro CO
Jueves, 22 de agosto
3:14


10:00
Jueves, 22 de agosto
5.1


CLARO
Jueves, 22 de agosto
7:53
2.5

DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	//			3.00	KGS		DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	//			1.00	KGS		INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	//			1.00	KGS		INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	01/08/2024	9:36:36 AM		2.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	01/08/2024	9:36:36 AM		0.20	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	01/08/2024	9:36:36 AM		0.20	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	13/08/2024	8:36:41AM		6.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	13/08/2024	8:36:41 AM		3.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	13/08/2024	8:36:41 AM		3.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	20/08/2024	8:47:59 AM		6.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	20/08/2024	8:47:59 AM		7.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	20/08/2024	8:48:00 AM		3.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o



CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	27/08/2024	8:20:33AM		6.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELLSANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	27/08/2024	8:20:33 AM		3.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	27/08/2024	8:20:33 AM		5.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	INCINERACION	Y3 DESECHOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	N/A	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

RESUMEN ITEM TRATADOS

Item / Residuo	Cantidad
DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	23.00
INCINERACIÓN MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	16.20
INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	10.20
Total Entregados	**49.40**

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co



CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

CONSIDERACIONES GENERALES

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC ANTIOQUIA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia al convenio entre las empresas **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S E.S.P y ASEI S.A.S E.S.P** identificada con **NIT 800201648-7** con lo establecido en las Resoluciones, 0793 de 2006, 0625 de 2009, 2313 de 2020 y 2679 diciembre 2020 otorgadas por el AMVA como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC BOGOTA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 4249 de 2019, otorgada por la CAR como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC TOLIMA La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900.448.985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 7995 de 2022, otorgada por CORTOLIMA como autoridad ambiental para la cesión total de los derechos y obligaciones contenidos en las Resoluciones 783/07 y 1593/10 y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Sep de 2024

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

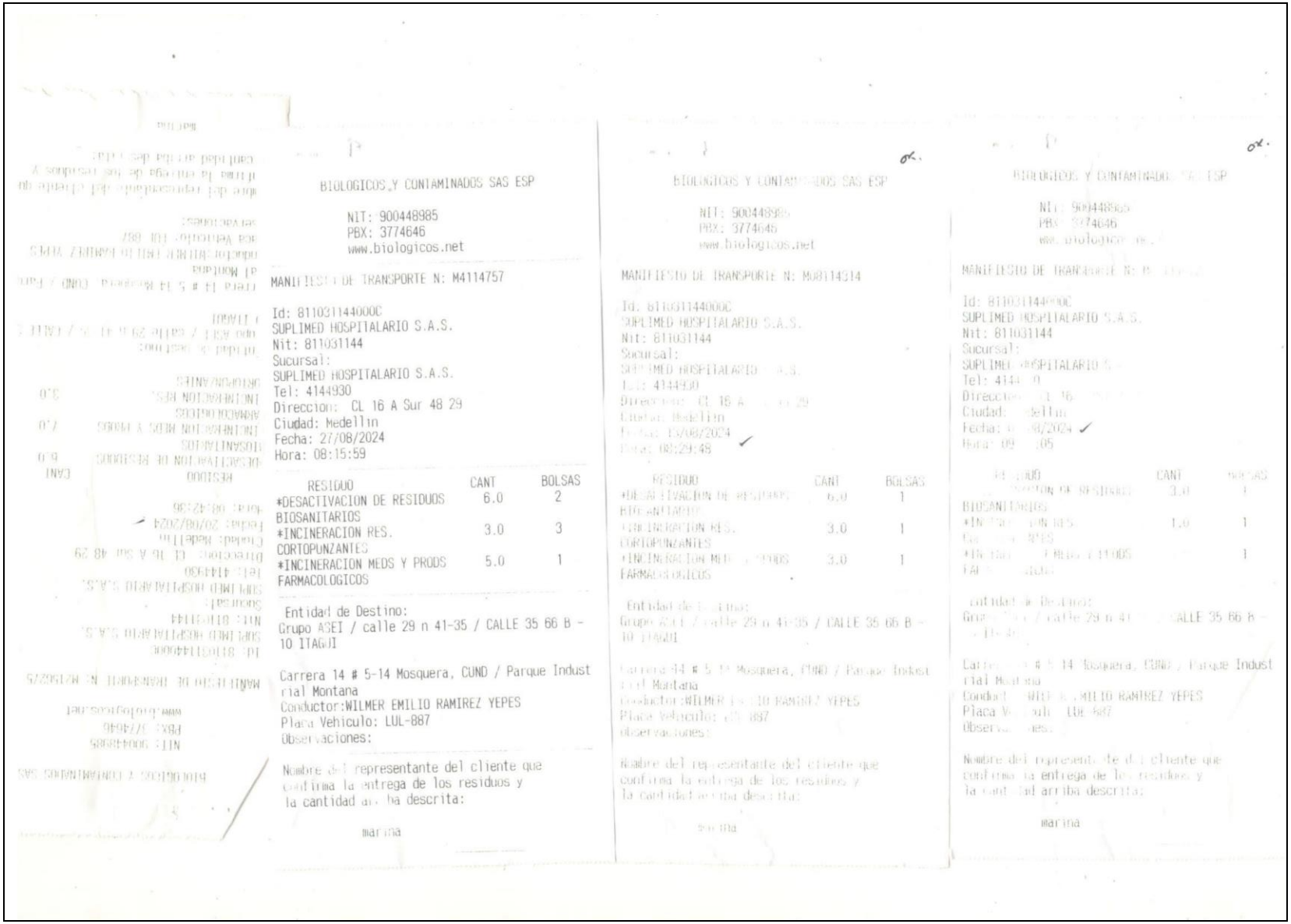


Director Nacional de Disposición
JHON DEMIS IZQUIERDO PUERTO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquia Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www. g r u p o a s e i . c o



BIOLOGICOS,Y CONTAMINADOS SAS ESP

NIT: 900448985
PBX: 3774646
www.biologicos.net

MANIFIESTO DE TRANSPORTE N: M4114757

Id: 811031144000C
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Nit: 811031144
Sucursal:
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Tel: 4144930
Direccion: CL 16 A Sur 48 29
Ciudad: Medellin
Fecha: 27/08/2024
Hora: 08:15:59

RESIDUO	CANT	BOLSAS
*DESACTIVACION DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	6.0	2
*INCINERACION RES. CORTOPUNZANTES	3.0	3
*INCINERACION MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	5.0	1

Entidad de Destino:
Grupo ASEI / calle 29 n 41-35 / CALLE 35 66 B - 10 ITAGUI

Carrera 14 # 5-14 Mosquera, CUND / Parque Indust rial Montana
Conductor:WILMER EMILIO RAMIREZ YEPES
Placa Vehiculo: LUL-887
Observaciones:

Nombre del representante del cliente que confirma la entrega de los residuos y la cantidad arriba descrita:

marina

BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS SAS ESP

NIT: 900448985
PBX: 3774646
www.biologicos.net

MANIFIESTO DE TRANSPORTE N: M08114314

Id: 811031144000C
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Nit: 811031144
Sucursal:
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Tel: 4144930
Direccion: CL 16 A Sur 48 29
Ciudad: Medellin
Fecha: 13/08/2024
Hora: 08:29:48

RESIDUO	CANT	BOLSAS
*DESACTIVACION DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	6.0	1
*INCINERACION RES. CORTOPUNZANTES	3.0	1
*INCINERACION MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	3.0	1

Entidad de Destino:
Grupo ASEI / calle 29 n 41-35 / CALLE 35 66 B - 10 ITAGUI

Carrera 14 # 5-14 Mosquera, CUND / Parque Indust rial Montana
Conductor:WILMER EMILIO RAMIREZ YEPES
Placa Vehiculo: LUL-887
Observaciones:

Nombre del representante del cliente que confirma la entrega de los residuos y la cantidad arriba descrita:

marina

BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS SAS ESP

NIT: 900448985
PBX: 3774646
www.biologicos.net

MANIFIESTO DE TRANSPORTE N: M

Id: 811031144000C
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Nit: 811031144
Sucursal:
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
Tel: 4144930
Direccion: CL 16 A Sur 48 29
Ciudad: Medellin
Fecha: 13/08/2024
Hora: 09:10:05

RESIDUO	CANT	BOLSAS
*DESACTIVACION DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	3.0	1
*INCINERACION RES. CORTOPUNZANTES	1.0	1
*INCINERACION MEDS Y PRODS FARMACOLOGICOS	3.0	1

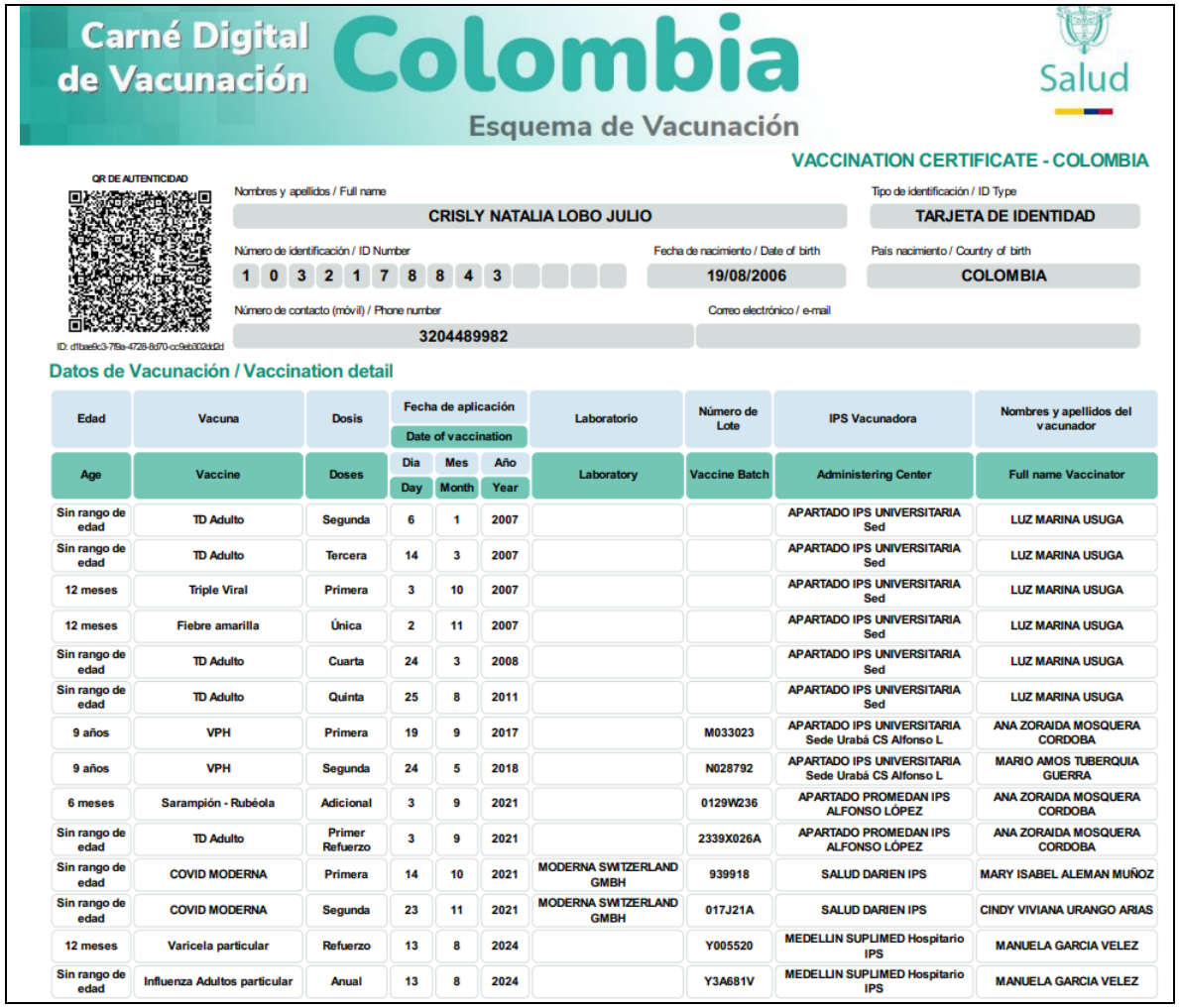
Entidad de Destino:
Grupo ASEI / calle 29 n 41-35 / CALLE 35 66 B - 10 ITAGUI

Carrera 14 # 5-14 Mosquera, CUND / Parque Indust rial Montana
Conductor: WILMER EMILIO RAMIREZ YEPES
Placa Vehiculo: LUL-887
Observaciones:

Nombre del representante del cliente que confirma la entrega de los residuos y la cantidad arriba descrita:

marina

REGISTRO PAIWEB



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d1bae9c3-7f9a-4728-8d70-cc9eb302dd2d

Nombres y apellidos / Full name: CRISLY NATALIA LOBO JULIO

Tipo de identificación / ID Type: TARJETA DE IDENTIDAD

Número de identificación / ID Number: 1 0 3 2 1 7 8 8 4 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 19/08/2006

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3204489982

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	6	1	2007			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	14	3	2007			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
12 meses	Triple Viral	Primera	3	10	2007			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
12 meses	Fiebre amarilla	Única	2	11	2007			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	24	3	2008			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
Sin rango de edad	TD Adulto	Quinta	25	8	2011			APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sed	LUZ MARINA USUGA
9 años	VPH	Primera	19	9	2017		M033023	APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sede Urabá CS Alfonso L	ANA ZORAIDA MOSQUERA CORDOBA
9 años	VPH	Segunda	24	5	2018		N028792	APARTADO IPS UNIVERSITARIA Sede Urabá CS Alfonso L	MARIO AMOS TUBERQUIA GUERRA
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	3	9	2021		0129W236	APARTADO PROMEDAN IPS ALFONSO LÓPEZ	ANA ZORAIDA MOSQUERA CORDOBA
Sin rango de edad	TD Adulto	Primer Refuerzo	3	9	2021		2339X026A	APARTADO PROMEDAN IPS ALFONSO LÓPEZ	ANA ZORAIDA MOSQUERA CORDOBA
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primera	14	10	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939918	SALUD DARIEN IPS	MARY ISABEL ALEMAN MUÑOZ
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Segunda	23	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	SALUD DARIEN IPS	CINDY VIVIANA URANGO ARIAS
12 meses	Varicela particular	Refuerzo	13	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	MANUELA GARCIA VELEZ
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	13	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	MANUELA GARCIA VELEZ



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c29cdd66-f62a-4e39-9457-5ccbd4b2aa4a

Nombres y apellidos / Full name: NELLY ALEJANDRA SERNA MURCIA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 4 3 1 6 1 3 7 7

Fecha de nacimiento / Date of birth: 05/12/1978

Pais nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 0000000

Correo electrónico / e-mail: NOTIENE@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	15	3	2018		AHAVB636CE	COMFAMA SAN IGNACIO	CINDY SOTO
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	15	3	2018		221501316A	MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignac	DEICY YORDALY ZULETA ALZATE
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	30	4	2018		221501316A	MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignac	DEICY YORDALY ZULETA ALZATE
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	31	10	2018		221501316A	MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignac	DEICY YORDALY ZULETA ALZATE
Sin rango de edad	COVID JANSSEN	Única	20	7	2021	Janssen	212A21A	MEDELLIN CIS COMFAMA La 80	REGINA POSSO
Sin rango de edad	COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	7	2	2022	Janssen	201G21A	MEDELLIN CIS COMFAMA La 80	YIRLEANNY SOSA AMAYA
12 meses	Varicela particular	Primera	13	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	MANUELA GARCIA VELEZ
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	13	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	MANUELA GARCIA VELEZ
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Segunda	13	8	2024		220501223A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	MANUELA GARCIA VELEZ



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d04a9f11-4491-4a0c-b2ce-a8654acbb193

Nombres y apellidos / Full name: STEPHANY ANDREA SANCHEZ ROMAÑA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1032011235

Fecha de nacimiento / Date of birth: 17/04/2005

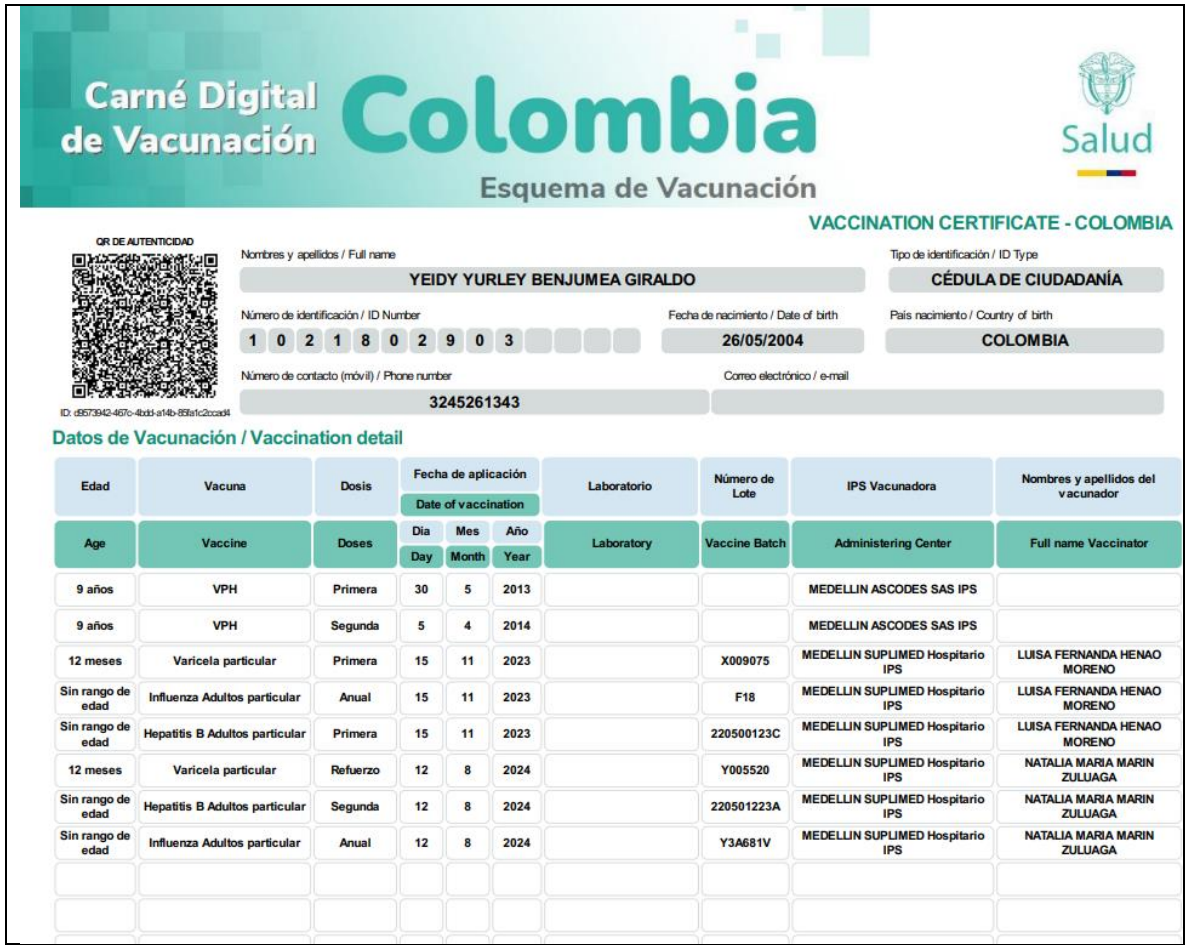
País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3143657357

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	28	8	2021	PFIZER	FE3593	MEDELLIN PROMEDAN Clinica Central Fundadores IPS	CAROLINA FUQUENES OROZCO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	30	11	2021	PFIZER	FJ1926	MEDELLIN Clinica Conquistadores Sede Ambul Playa	YACQUELINE GOMEZ ASPRILLA
12 meses	Varicela particular	Primera	12	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	12	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	12	8	2024		220501223A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d9573942-467c-4bdd-a14b-85fa1c2ccad4

Nombres y apellidos / Full name: YEIDY YURLEY BENJUMEA GIRALDO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 2 1 8 0 2 9 0 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 26/05/2004

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3245261343

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
9 años	VPH	Primera	30	5	2013			MEDELLIN ASCODES SAS IPS	
9 años	VPH	Segunda	5	4	2014			MEDELLIN ASCODES SAS IPS	
12 meses	Varicela particular	Primera	15	11	2023		X009075	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	15	11	2023		F18	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	15	11	2023		220500123C	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
12 meses	Varicela particular	Refuerzo	12	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Segunda	12	8	2024		220501223A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	12	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b4596be9-e158-43f5-9a9e-73a1fa05ffb1

Nombres y apellidos / Full name: DARLYN INGLEY CASTAÑEDA CHAVEZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 1 6 7 9 6 3 9 8

Fecha de nacimiento / Date of birth: 03/05/1993

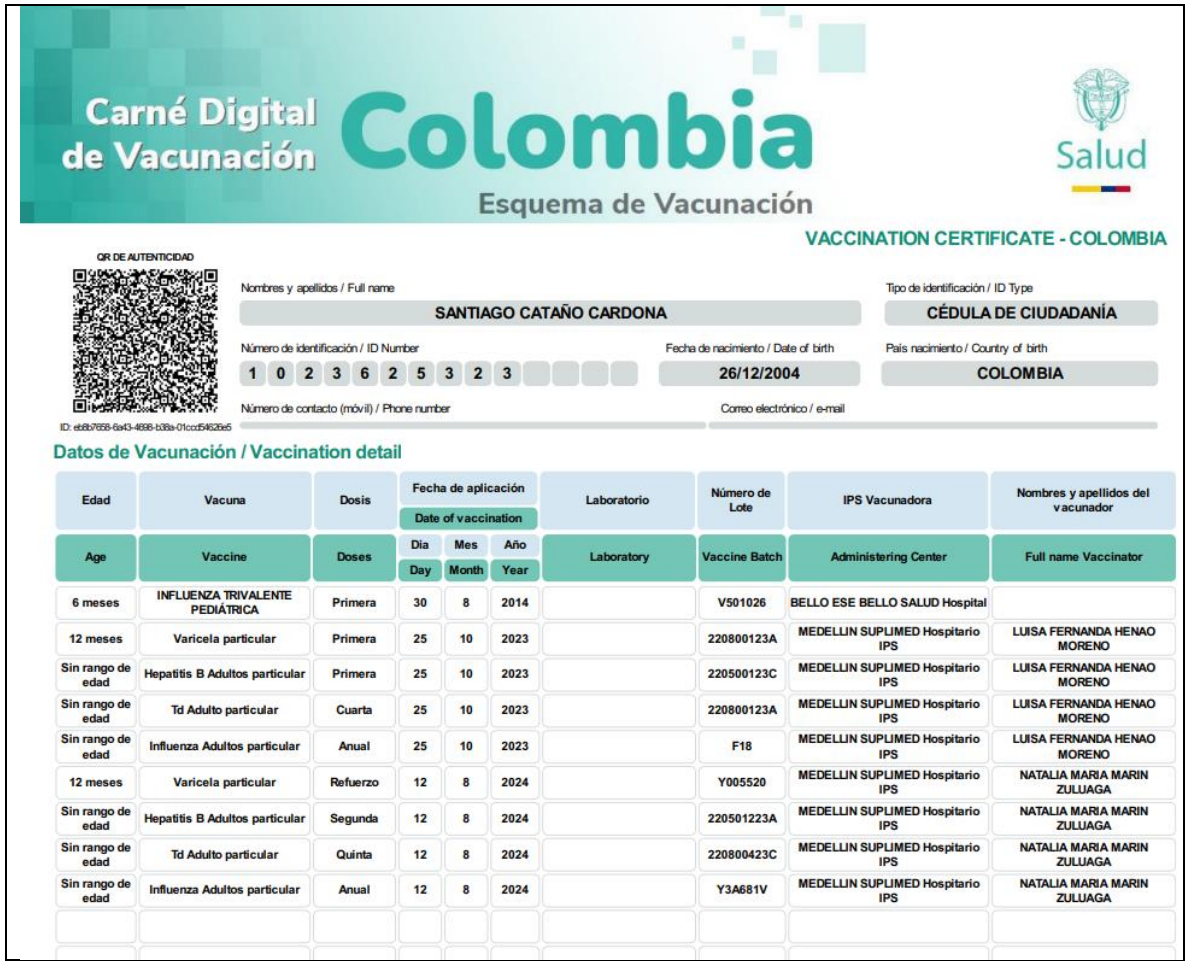
País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 00

Correo electrónico / e-mail: notiene@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	10	12	2012		024B1007D	ARAUCA CENTRO SALUD LA UNION	
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Segunda	18	12	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0074	CIMITARRA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN	FLOR MARIA HENAO MORALES
12 meses	Varicela particular	Primera	25	10	2023		X009075	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	25	10	2023		F18	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	25	10	2023		220500123C	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
12 meses	Varicela particular	Refuerzo	12	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	12	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Segunda	12	8	2024		220501223A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA



Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: eb8b7658-6a43-4698-b38a-01ccd54626e5

Nombres y apellidos / Full name: SANTIAGO CATAÑO CARDONA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 2 3 6 2 5 3 2 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 26/12/2004

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
6 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	30	8	2014		V501026	BELLO ESE BELLO SALUD Hospital	
12 meses	Varicela particular	Primera	25	10	2023		220800123A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	25	10	2023		220500123C	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Td Adulto particular	Cuarta	25	10	2023		220800123A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	25	10	2023		F18	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	LUISA FERNANDA HENAO MORENO
12 meses	Varicela particular	Refuerzo	12	8	2024		Y005520	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Segunda	12	8	2024		220501223A	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Td Adulto particular	Quinta	12	8	2024		220800423C	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	12	8	2024		Y3A681V	MEDELLIN SUPLIMED Hospitario IPS	NATALIA MARIA MARIN ZULUAGA