MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL  DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"	INFORME DE SUPERVISIÓN N° 7 2024342032163773(NOVIEMBRE - 2024) FECHA INFORME : (25/11/2024)

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 256-DISANEJC-DMSOC-2024		**FECHA INICIO CTO: 29/02/2024**	**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 28/02/2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC			**NIT o CC:** 860.011.298-5
PLAZO DE EJECUCIÓN:	El plazo estimado de ejecución del contrato HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024, Dicho plazo se comenzará a contar a partir de la aprobación de la garantía única que ampara las obligaciones del contrato, de la expedición del Registro Presupuestal, la acreditación de los aportes parafiscales, y la suscripción del acta de inicio.	**LUGAR DE ENTREGA:**	La prestación de los servicios se realizará en las instalaciones de la CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC ubicada en la AC 8 Sur #31 A - 31, Ciudad Bogotá D.C. (Cundinamarca), teléfono: 601 7209040-9046

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL, USUARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DEL SSFM PARA LA VIGENCIA 2024"

FORMA DE PAGO: El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:
a. Suscripción del acta de recibo a satisfacción y visto bueno del supervisor del contrato.
b. Plan de abastecimiento presentado por la unidad.
c. Certificación de pago aportes a seguridad social y parafiscal debidamente certificados por el representante legal, contador y/o revisor fiscal.
d. Realizados los trámites administrativos de ley, El pago se realizará dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la facturación que presente el contratista la cual deberá sujetarse a lo dispuesto en el código de comercio artículos 774, numeral 3 y artículo 777 y en el estatuto tributario
artículo 617.
e. Autorización de ¨PAC¨ por parte de la dirección de crédito público y el tesoro nacional.
f. Para ingresar a la aplicación de factura electrónica Olimpia IT debe acceder a la dirección: https://minhaciendafe.olimpiait.com con el correo electrónico que tiene asignado en la AN. Ejemplo: (aortiz@ani.gov.co). se anexa manual de Olimpia IT, con el paso a paso.
PARÁGRAFO PRIMERO. Éste pagos se consideran de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso.
PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago.
PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista
Los pagos producto de la ejecución del presente contrato serán realizados a la CUENTA DE AHORROS DAMAS del Banco DAVIVIENDA No. 0550009000214651 a nombre de CTRO REHB ADULTOS CRAC identificado(a) con NIT: 8600112985.

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	25.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	25.000.000,00

4. INFORMACION DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 37024	FECHA: 29/01/2024	VALOR: 25.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL N° 49324	FECHA: 27/02/2024	VALOR: 25.000.000,00

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	SUBTOTAL FACTURA	VALOR IVA	VALOR A PAGAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
			TOTAL A CANCELAR		**$ -**

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR APROBADO POR AUDITORIA
41338	2/10/2024	19/11/2024	$ 43.500,00	$ -	$ 43.500,00
41339	2/10/2024	19/11/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
41340	2/10/2024	19/11/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
41368	3/10/2024	19/11/2024	$ 643.000,00	$ -	$ 643.000,00
41369	3/10/2024	19/11/2024	$ 393.500,00	$ -	$ 393.500,00
41372	3/10/2024	19/11/2024	$ 140.000,00	$ 35.000,00	$ 105.000,00
41373	3/10/2024	19/11/2024	$ 301.500,00	$ -	$ 301.500,00
41374	3/10/2024	19/11/2024	$ 301.500,00	$ -	$ 301.500,00

41382	3/10/2024	19/11/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
41383	3/10/2024	19/11/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
41384	3/10/2024	19/11/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
41385	3/10/2024	19/11/2024	$ 19.500,00	$ -	$ 19.500,00
41386	3/10/2024	19/11/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
41387	3/10/2024	19/11/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
41388	3/10/2024	19/11/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
41519	8/10/2024	19/11/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
41520	8/10/2024	19/11/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
SUBTOTAL			**$ 2.815.235,00**	**$ 35.000,00**	**$ 2.780.235,00**

7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

CONCEPTO	V/R CONTRATO	VALOR CANCELADO	VALOR A TRAMITAR PAGO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	$ 25.000.000,00			
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS ABRIL 2024		$ 546.975,00		$ 24.453.025,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS MAYO 2024		$ 2.125.241,00		$ 22.327.784,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS JUNIO 2024		$ 1.061.476,00		$ 21.266.308,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS JULIO 2024		$ 891.388,00		$ 20.374.920,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS AGOSTO 2024		$ 1.404.376,00		$ 18.970.544,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS SEPTIEMBRE 2024		$ 3.691.594,00		$ 15.278.950,00
			$ 2.780.235,00	$ 12.498.715,00
TOTAL	**$ 25.000.000,00**	**$ 9.721.050,00**	**$ 2.780.235,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**39%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**11%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 25.000.000,00	187615224	14/06/2024	$ 546.975,00	$ 24.453.025,00
	223376024	10/07/2024	$ 2.125.241,00	$ 22.327.784,00
	254436824	1/08/2024	$ 1.061.476,00	$ 21.266.308,00
	303457624	4/09/2024	$ 891.388,00	$ 20.374.920,00
	335276824	25/09/2024	$ 1.404.376,00	$ 18.970.544,00
	424411524	13/11/2024	$ 3.691.594,00	$ 15.278.950,00
				$ 15.278.950,00

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$ 25.000.000,00
VALOR CANCELADO	$ 9.721.050,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$ 2.780.235,00
VALOR SALDO CONTRATO	$ 12.498.715,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	0	24.232,00	-	-
2	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION)	47	35.000,00	-	1.645.000,00
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	10	24.000,00	-	240.000,00
4	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	5	19.500,00	-	97.500,00
5	EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD	5	140.047,00	-	700.235,00
6	CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ	5	19.500,00	-	97.500,00
TOTAL					**2.780.235,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 256-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIO LA FACTURA VENTA No. 41338-41339-41340-41368-41369-41372-41373-41374-41382-41383-41384-41385-41386-41387-41388-41519-41520. POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 72 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (0)-TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION) (47) -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA (10) -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL(5)-EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD (5)-CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ (5), RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

11. ANEXOS AL INFORME

SE ENTREGA ACTA DE RECIBO A SATISFACCION, INFORME DE SUPERVISION NO. 7
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS TERAPIAS REALIZADAS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES

CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA
Oficial Terapia Física, Rehabilitación y Coordinadora Atención al Ciudadano

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS

Acta No 7: 2024342014180416
Fecha: 25/11/2024

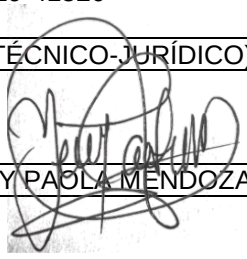
INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	256-DISANEJC-DMSOC-2024
Nombre Contratista	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Nit del contratista	860.011.298-5
Objeto del Contrato – Orden de Compra	"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL, USUARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DEL SSFM PARA LA VIGENCIA 2024"
Forma y condiciones de pago	El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos: a. Suscripción del acta de recibo a satisfacción y visto bueno del supervisor del contrato. b. Plan de abastecimiento presentado por la unidad. c. Certificación de pago aportes a seguridad social y parafiscal debidamente certificados por el representante legal, contador y/o revisor fiscal. d. Realizados los trámites administrativos de ley, El pago se realizará dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la facturación que presente el contratista la cual deberá sujetarse a lo dispuesto en el código de comercio artículos 774, numeral 3 y artículo 777 y en el estatuto tributario artículo 617. e. Autorización de ¨PAC¨ por parte de la dirección de crédito público y el tesoro nacional. f. Para ingresar a la aplicación de factura electrónica Olimpia IT debe acceder a la dirección: https://minhaciendafe.olimpiait.com con el correo electrónico que tiene asignado en la AN. Ejemplo: (aortiz@ani.gov.co). se anexa manual de Olimpia IT, con el paso a paso. PARÁGRAFO PRIMERO. Éste pagos se consideran de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso. PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago. PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista Los pagos producto de la ejecución del presente contrato serán realizados a la CUENTA DE AHORROS DAMAS del Banco

	DAVIVIENDA No. 0550009000214651 a nombre de CTRO REHB ADULTOS CRAC identificado(a) con NIT: 8600112985.
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	**OMITIDO**
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA
VALORES CONTRACTUALES	
Valor inicial del contrato	$ 25.000.000.00
Adición o reducción al contrato	$ 0
Valor Vigencia Futura	$ 0
Valor total del contrato	$ 25.000.000.00
TIEMPOS DE EJECUCIÓN	
Plazo de ejecución	El plazo estimado de ejecución del contrato HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024, Dicho plazo se comenzará a contar a partir de la aprobación de la garantía única que ampara las obligaciones del contrato, de la expedición del Registro Presupuestal, la acreditación de los aportes parafiscales, y la suscripción del acta de inicio.
Prorroga plazo ejecución	N/A
FACTURAS A PAGAR	
Número de la factura	N/A
Fecha de la factura	N/A
Valor de la factura	N/A
Notas crédito	N/A
Notas debito	N/A
INFORMACIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	
Número de la factura	41338-41339-41340-41368-41369-41372-41373-41374-41382-41383-41384-41385-41386-41387-41388-41519-41520
Valor Facturación	$ 2.815.235,00
Valor Glosado	$ 35.000,00
Valor a pagar del valor glosado	$ 0
Valor aceptado del valor glosado	$ 0
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	$ 2.780.235,00
Afectación de recurso (CSF-SSF)	R16 SSF
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor total contrato	$ 25.000.000,00
Valor pagado al contratista	$ 9.721.050,00
Valor tramitado a pago	$ 2.780.235,00
Saldo del contrato	$ 12.498.715,00
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	80721528
Fecha de pago de la planilla	04/10/2024
Periodo salud	2024-10
Periodo pensión	2024-09
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	GLADYS LOPERA RESTREPO Representante Legal S. GERMAN TOVAR Revisor Fiscal
Fecha de la certificación	04/10/2024
RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	

Obligaciones Cumplidas	**NUMERO LOTE**	**NUMERO FACTURA**	**VL ATENCIÓN**	**VL GLOSA INICIAL**	**VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA**
	CA000018150	41338	$ 43.500,00	$ -	$ 43.500,00
	CA000018150	41339	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
	CA000018150	41340	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
	CA000018150	41368	$ 643.000,00	$ -	$ 643.000,00
	CA000018150	41369	$ 393.500,00	$ -	$ 393.500,00
	CA000018150	41372	$ 140.000,00	$ 35.000,00	$ 105.000,00
	CA000018150	41373	$ 301.500,00	$ -	$ 301.500,00
	CA000018150	41374	$ 301.500,00	$ -	$ 301.500,00
	CA000018150	41382	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
	CA000018150	41383	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
	CA000018150	41384	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
	CA000018150	41385	$ 19.500,00	$ -	$ 19.500,00
	CA000018150	41386	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
	CA000018150	41387	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
	CA000018150	41388	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
	CA000018150	41519	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
	CA000018150	41520	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
	TOTAL				**$ 2.780.235,00**
Actividades realizadas	EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 256-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIO LA FACTURA VENTA No. 41338-41339-41340-41368-41369-41372-41373-41374-41382-41383-41384-41385-41386-41387-41388-41519-41520. POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 72 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (0)-TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION) (47) -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA (10) -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL(5)-EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD (5)-CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ (5), RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.				

Anexos:

- Planillas aportes parafiscales
- Certificado del Revisor fiscal
- Informe de Supervisión (1 folio)
- Factura Electrónica de Venta 41338-41339-41340-41368-41369-41372-41373-41374-41382-41383-41384-41385-41386-41387-41388-41519-41520

DATOS DEL SUPERVISOR (FINANCIERO-TÉCNICO-JURÍDICO)	
Firma	
Grado - nombre y apellidos	CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

Todos por la inclusión

El suscrito, REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL del CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS – CRAC- Nit.No.860.011.298-5 con vista a los comprobantes y libros oficiales de contabilidad, debidamente registrados ante la DIAN.

CERTIFICA

Que el Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos – CRAC-, identificado con el Nit.No.860.011.298-5, en los términos fijados, se han pagado de manera interrumpidamente en los últimos 06 meses hasta el periodo de septiembre-octubre de 2024 la planilla seguridad social y los aportes parafiscales de sus empleados a los sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, encontrándose a paz y salvo en este concepto.

Esta certificación se expide en Bogotá a los cuatro (04) días del mes de octubre de dos mil veinticuatro (2024), de acuerdo al Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, modificado por el Articulo 1 de la Ley 828 de 2.003.

GERMAN TOVAR
REVISOR FISCAL
Matrícula 1501-T

GLADYS LOPERA RESTREPO
REPRESENTANTE LEGAL

Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos-CRAC
Sede Principal: Calle 8sur No. 31A-31 Teléfonos: (571) 7209046/ 7209055 Fax: 7201948
Sede Norte: Calle 127B No. 46-39 Teléfono: (571) 6266716
www.cracolombia.org

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CI	**NIT:**	860011298
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2024
Número de Radicación:	80721528	**Total a pagar:**	$101,047,600
Fecha de vencimiento:	23/10/2024	**Total de empleados:**	87
Fecha de Pago:	04/10/2024	**Número de Administradoras:**	33

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	959229145
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	87		$0	$1,406,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	21		$0	$9,324,500
230301	800224808	Porvenir	27		$0	$12,131,700
231001	800227940	Colfondos	4		$0	$2,178,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	31		$0	$17,813,800
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$60,100
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	1		$0	$125,700
CCF09	890480110	Caja de Compensacion Familiar de Cartagena	2		$0	$206,000
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$114,000
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$171,300
CCF15	892399989	Comfacesar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$93,400
CCF16	891080005	Comfacor Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$120,000
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	68		$0	$8,964,300
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$100,000
CCF33	891780093	Caja de Compensacion Familiar del Magdalena	1		$0	$114,000
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	2		$0	$194,000
CCF44	891480000	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$90,000

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

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$106,100
CCF56	890303093	Comfenalco Valle Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$100,000
CCF63	891200337	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion	1		$0	$52,000
CCF69	844003392	Comfacasanare Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$52,400
CCFC55	901543211	EPS-S Cajacopi	1		$0	$312,500
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$570,700
EPS002	800130907	Salud Total EPS	10		$0	$2,707,900
EPS005	800251440	Sanitas EPS	23		$0	$10,504,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	21		$0	$8,965,800
EPS010	800088702	EPS Sura	4		$0	$756,900
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	13		$0	$6,569,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	11		$0	$3,006,100
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	2		$0	$493,800
ESSC62	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	1		$0	$310,500
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	86		$0	$7,998,700
PASENA	899999034	SENA	86		$0	$5,332,800
						$101,047,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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