GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL**	Código: FO-M7-P6-016 Versión: 03 Fecha de aprobación: 22/04/2024

NÚMERO DE INFORME	CUATRO (4)					
SUPERVISIÓN	☒					
INTERVENTORÍA	☐					
TIPO DE INFORME	**PARCIAL**	☒	**PARA PAGO**	☐	**FINAL**	☐
PERIODO DE INFORME	Desde:	26/06/2025		Hasta:	03/07/2025	
PERIODO PARA PAGO	Desde:	N/A		Hasta:	N/A	

1.
2. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO	☐	**NÚMERO:**		4600017588	
CONVENIO	☐	**FECHA DE SUSCRIPCION:**		21/11/2024	
MODALIDAD DE SELECCIÓN:				MENOR CUANTIA	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:				16050	
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:				26/11/2024	
OBJETO: Realizar las operaciones de confirmación metrológica de calibración y calificación operacional a los equipos de las diferentes áreas del laboratorio departamental de salud pública de la secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia -LOTE 2					
ORGANISMO CONTRATANTE /CONVENIANTE:			DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARIA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL		
CONTRATISTA / CONVENIANTE	NOMBRE:		NOVATEK DEL CARIBE S.A.S		
	NIT		900.375.197-6		
VALOR [$]:	INICIAL:		Setenta y seis millones de pesos cuatrocientos treinta y siete mil doscientos setenta pesos ($76.437.270), IVA INCLUIDO – LOTE 2		
	ADICIONES	**No.**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICION**	
		1	$7.650.510	10.0%	
	VALOR TOTAL:		Ochenta y cuatro millones ochenta y siete mil setecientos ochenta pesos ($84.087.780), IVA INCLUIDO – LOTE 2		
REGISTRO PRESUPUESTAL	RPC NUMERO:		4500063694 4500064924		
	FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN):		06/11/2024 06/06/2025		
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:			N/A		
PLAZO:	INICIAL		Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio y sin que supere el 13 de diciembre de 2024.		
			FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**	
			26/11/2024	13/12/2024	

	PRÓRROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**	
		1	4 meses	10/10/2025	
HISTORICO DE SUSPENSIONES:		**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**	**FECHA REANUDACIÓN**	**FECHA DE TERMINACION**
		1	29/11/2024	N/A	N/A
		2	28/02/2025	28/05/2025	10/06/2025
FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL		10/10/2025			
TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y APROBADAS		SI			
SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL:	Ana María Piedrahita Correa			
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A			
% DE EJECUCIÓN FÍSICA		0%			
% DE EJECUCIÓN DE RECURSOS		0%			

3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DE LAS PARTES

Como parte de las actividades de supervisión de este contrato, se verifican las entregas de reactivos químicos, de acuerdo a las necesidades presentadas cada mes por las áreas técnicas del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia involucradas en este proceso.

2.1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL CONTRATISTA/CONVENIANTE EJECUTOR.

2.1.1. EJECUCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA DE LOS CONVENIOS/CONTRATOS DERIVADOS DE CONFORMIDAD CON LO INFORMADO POR EL CONVENIANTE O CONTRATISTA EJECUTOR

N/A.

% DE EJECUCIÓN FÍSICA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS	N/A
% DE EJECUCIÓN FINANCIERA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS	N/A

2.1.2. SEGUIMIENTO TÉCNICO DEL CONTRATO/CONVENIO:

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO	% EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO	% EJECUCIÓN ACUMULADO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
Presentar, dentro de los cinco (5) días calendario posterior a la suscripción del acta de inicio del contrato, un PLAN DE TRABAJO con los cronogramas de las calibraciones y calificaciones operacionales a realizar, el cual debe ser aprobado por el Supervisor.	0%	0%	No ha sido posible la definición de un cronograma de trabajo toda vez que a la fecha de la suscripción del acta de inicio no se han realizado operaciones de mantenimiento preventivo por lo cual es imposible definir tiempos de ejecución de calificación de equipos.	Con la suscripción del contrato 4600018002 para el mantenimiento preventivo de equipos del LDSP se procede a realizar la reanudación del contrato – se subsanan causas de suspensión 1 y 2
Responder por los equipos del LDSP que por alguna razón deban ser objeto de intervención por fuera de las instalaciones del sitio asignado para la ejecución del contrato. En este caso, se deben seguir las recomendaciones establecidas por el fabricante de los equipos y los lineamientos establecidos por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en cuanto a transporte y almacenamiento. Los equipos no pueden ser trasladados en un medio de transporte que genere un riesgo para el equipo (motocicleta, bicicleta). Cuando éstos sean devueltos, no deben presentar roturas, fisuras o suciedad.	0%	0%	No ha sido posible la realización de operaciones de mantenimiento preventivo por lo cual no ha sido posible realización de operaciones de calificación de equipos.	Con la suscripción del contrato 4600018002 para el mantenimiento preventivo de equipos del LDSP se procede a realizar la reanudación del contrato – se subsanan causas de suspensión 1 y 2
El personal que realizará las intervenciones metrológicas de los equipos deberá contar con la dotación respectiva (herramienta, uniforme, accesorios; elementos de protección personal, según la complejidad del servicio) y el carnet que lo identifique como funcionario de la empresa.	0%	0%	No ha sido posible la realización de operaciones de mantenimiento preventivo por lo cual no ha sido posible realización de operaciones de calificación de equipos.	Con la suscripción del contrato 4600018002 para el mantenimiento preventivo de equipos del LDSP se procede a realizar la reanudación del contrato – se subsanan causas de suspensión 1 y 2

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO	% EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO	% EJECUCIÓN ACUMULADO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
Desarrollar las actividades necesarias para dar cabal cumplimiento al objeto del contrato con todas las especificaciones y requerimientos técnicos, establecidos en el proceso precontractual, en los Estudios y Documentos Previos, en el Pliego de Condiciones y Adendas si las hubiere.	0%	0%	No ha sido posible la realización de operaciones de mantenimiento preventivo por lo cual no ha sido posible realización de operaciones de calificación de equipos.	Con la suscripción del contrato 4600018002 para el mantenimiento preventivo de equipos del LDSP se procede a realizar la reanudación del contrato – se subsanan causas de suspensión 1 y 2
TOTAL	**0%**	**0%**		

Método de cálculo del % de ejecución del periodo informado: Este es calculado de manera independiente para cada entrega de reactivos realizada por parte del proveedor y no guarda relación directa con el porcentaje de ejecución acumulada, esto se debe a que por la naturaleza del contrato y los productos manejados en este proceso el cumplimiento al 100% de esta obligaciones garantiza el buen funcionamiento del Laboratorio Departamental de Salud Pública; de igual forma se aclara que de cumplirse de forma parcial o por debajo del 100% cualquiera de las anteriores obligaciones daría lugar a presentar un requerimiento inmediato al proveedor.

2.1.2.1 SEGUIMIENTO COMPONENTE SOCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

N/A.

2.1.2.2 SEGUIMIENTO COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

N/A.

2.1.2.3 SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO/CONVENIO:

Se ceñirá en lo establecido en la normativa de seguridad y salud en el trabajo y en los manuales propios de las entidades.

2.1.3. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LEGAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL	CUMPLE/NO CUMPLE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
Presentar mensualmente un informe que dé cuenta del avance físico, administrativo, financiero y ambiental de la ejecución del contrato.	No aplica	No aplica	No aplica
Presentar la factura electrónica.	No aplica	No aplica	No aplica
Certificado de estar a paz y salvo con los aportes parafiscales y los relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, expedido por el Revisor Fiscal o el Gerente/ representante legal. Si el certificado es expedido por el revisor fiscal este deberá aportar: Fotocopia de la cédula de Ciudadanía, de la tarjeta profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente	CUMPLE	Planilla de pago de Seguridad Social Integral **junio de 2025** Certificado de pago parafiscales del mes de **julio de 2025**	

2.2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS	CUMPLE/NO CUMPLE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
Asignar un supervisor por parte de la entidad contratante Departamento de Antioquia, para que ejerza las respectivas funciones.	CUMPLE	Se designó supervisora a ANA MARIA PIEDRAHITA CORREA, mediante oficio 2024020056268	No aplica
Ejercer el seguimiento, control, vigilancia, verificación, asesoría al contrato, por medio de la Supervisión, de acuerdo con la Ley 80 de 1993, III. DEL CONTRATO ESTATAL, en el Artículo 32.	CUMPLE	Informe de seguimiento #4	No aplica
Verificar la correcta ejecución del contrato y el cumplimiento de todos los compromisos adquiridos por parte del Contratista.	CUMPLE	Informe de seguimiento #4	No aplica
Verificar que el contratista se encuentre al día en el pago de aportes parafiscales y los relativos al Sistema de Seguridad Social Integral.	CUMPLE	Planilla de pago de Seguridad Social Integral junio de 2025 Certificado de pago parafiscales del mes de julio de 2025	No aplica

2.3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO / CONVENIO:

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA				
ENTIDAD	**DEPARTAMENTO**	**ASOCIADO(S) si aplica**	**OTROS**	**TOTAL**
1. Recursos iniciales comprometidos	$76.437.270	$0	$0	$76.437.270
2. Adiciones	$7.650.510	$0	$0	$7.650.510
3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS	$84.087.780	$0	$0	$84.087.780
4. Anticipos	$0	$0	$0	$0
5. Recursos pagados / desembolsados	$0	$0	$0	$0
6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS	$0	$0	$0	$0
7. Recursos ejecutados	$0	$0	$0	$0
8. Recursos no ejecutados	$84.087.780	$0	$0	$84.087.780

2.4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

N/A

4. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO

FECHA	TIPO DE REUNIÓN Y/O VISITA	CONCLUSIONES/OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A

5. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:

Según lo estipulado en el numeral CUARTO. “FORMA DE PAGO”: La Secretaría de Salud Inclusión Social realizarán pagos parciales de acuerdo con la ejecución de las actividades de calificación operacional y el monto de tales pagos corresponderá al valor que resulte de la suma de los valores de la calificación de cada equipo intervenido y recibido a conformidad, en todo caso, una vez se reciba a satisfacción ´por parte de la supervisión

Los pagos parciales no podrán superar el valor del contrato.

PARÁGRAFO 1: Para cada pago, se debe presentar la siguiente documentación:

- Informe de seguimiento de la supervisión a la contratación estatal, en el cual conste el recibo a satisfacción.
- Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, caja de compensación familiar ICBF y SENA, expedido por el representante legal o revisor fiscal.

- Fotocopia de la cédula del revisor fiscal
- Tarjeta profesional del revisor fiscal
- Certificado de Junta Central de Contadores actualizado
- Planilla (PILA), con fecha correspondiente al mes facturado
- En el evento en que el contratista se encuentre exento de realizar el pago de aportes parafiscales al SENA e ICBF, deberá realizar y presentar una manifestación suscrita por el revisor fiscal y/o representante legal, que acredite su condición de beneficiario de dicha exoneración al cumplir con los presupuestos normativos del artículo 25 de la Ley 1607 de 2012 y Decreto Nacional 862 de 2013.
- El contratista deberá presentar en debida forma la factura correspondiente a la prestación del bien, obra o servicio. El contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar al Departamento la factura electrónica validada previamente por la DIAN.

CONCEPTO	FECHA	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO / DESEMBOLSO	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	VALOR NETO A PAGAR	SALDO	COMPROBANTE DE EGRESO
Valor Inicial	21/11/2024	$76.437.270		N/A		$76.437.270	
Adiciones	10/06/2025	$7.650.510				$7.650.510	
TOTALES		$84.087.780	$0	N/A	$0	$84.087.780	

En el periodo informado no se realizan pagos.

6. VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El contratista/conveniante acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de él (y de sus empleados, según el caso), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 mediante de certificación del 03 de julio de 2025 firmado Jan Carlos Rozo Palacio mediante la cual se acredita que se encuentra a paz y salvo de pago de seguridad social integral por parte del contratista, además se adjunta el soporte de pago de la planilla de la seguridad social .

Adicionalmente, el supervisor verificó y revisó las planillas y demás soportes entregados por el contratista que acreditan el pago por concepto de seguridad social y parafiscal del recurso humano contratado.

7. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación en la matriz de riesgos del estudio y documentos previos, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución y liquidación del presente contrato:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO	QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO	TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN	CUANDO Y COMO SE REALIZÓ EL MONITOREO	EVIDENCIA
5	Plazo de ejecución mayor al proyectado por causa externa	Contratista / Contratante	Se realizó trámite de suspensión del contrato, de común acuerdo con el contratista, y el trámite de reserva presupuestal con el fin de poder ejecutar las actividades en la vigencia 2025. El 28/05/2025 se procede a la reanudación del contrato y trámite de adición y prórroga.	Se realizó monitoreo 29/11/2024 (Suspensión 1) y el 28/02/2025 (Suspensión 2). Se procede a la reanudación del contrato el 28/05/2025 (Acta de reanudación).	Actas de suspensión 1 y 2 – Acta de reanudación, justificación de modificación del contrato.

Nota: Los riesgos que no han sido relacionados en este numeral, han sido monitoreados por la supervisión del contrato/convenio durante la vigencia del contrato, sin embargo, no ha sido necesario implementar el tratamiento de mitigación señalado en la matriz de riesgo de los documentos del proceso de contratación, en consideración a que a la fecha no se han presentado o materializado durante la ejecución y liquidación contractual.

8. CONTROL Y MITIGACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

N/A.

9. ANOTACIONES ADICIONALES

N/A.

10. ANEXOS

1. Certificado de Paz y Salvo expedido por el revisor fiscal de estar al día en el pago de seguridad social en salud, riesgos laborales y aportes parafiscales (Sena, ICBF, Cajas de Compensación Familiar).
2. Tarjeta profesional del revisor fiscal.
3. Certificado de la junta central de contadores
4. Planilla de pago de la seguridad social.

Para constancia, se firma la presente acta el 03/07/2025

Ana M. Piedrahita

ANA MARÍA PIEDRAHITA CORREA
SUPERVISOR

DECLARACIÓN JURAMENTADA PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL, PARA FISCALES E IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR

Barranquilla, 03 de julio de 2025

A quien interese

Cordial saludo:

Yo, JAN CARLOS ROZO PALACIO, identificado con CC. 8.569.380,Representante legal de NOVATEK DEL CARIBE SAS, identificada con Nit 900.375.197-6, en compañía del contador JORGE CORONADO MONTAÑO , identificado con cedula No. 8.780.841, bajo la gravedad de juramento certificamos de pago y cumplimiento de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social en salud, pensiones, riesgos laborales y parafiscales (artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 1º de la Ley 828 de 2003) con fecha de expedición no mayor a un (1) mes a la fecha de presentación de la cotización. Constatamos que nos encontramos a paz y salvo por un periodo no inferior a los SEIS (6) MESES anteriores a la presentación de la cotización

Dada en Barranquilla, a los diez y seis (03) días del mes de julio de 2025

FIRMA _____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA:
JAN CARLOS ROZO PALACIO
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA: _____
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA:
JORGE CORONADO MONTAÑO
CONTADOR
TP No. 69693-T



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

135384-T

JAIME HUMBERTO
PAUL CUADROS
C.C. 13544782
RESOLUCION INSCRIPCION 160 FECHA 03/07/2008
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. DE CIENCIA Y DESARROLLO

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 145220



FIRMA DEL TITULAR 58234

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A9127C45070E9CE9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JORGE ISAAC CORONADO MONTAÑA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 8780841 de SOLEDAD (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 69693-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

PLANILLA NRO. 33772329 Tipo E 2025 05

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
NI	900375197	NOVATEK DEL CARIBE	ÚNICO	0	0	2025-05	2025-06	33772329		PRIVADA	B	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CALLE 84 42C 99	BARRANQUILLA	1	ATLANTICO	8	3520078	3520078	NOVATEKDELCARIBE@GMAIL.COM	3313	4507750	4	2025-06-26	2025-06-25

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS010	800088702	66500	0	0	0	0	0	66500	1	100	0	66600	0	0	0	0	66600	2
EPS002	800130907	114000	0	0	0	0	0	114000	1	100	0	114100	0	0	0	0	114100	2

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	38000	0	0	0	1	100	0	38100	1
25-14	900336004	227800	0	0	0	1	200	0	228000	1
230201	800229739	455600	0	0	0	1	300	0	455900	2

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	298600	0	0	0	298600	1	200	298800	0	0	2988	298800

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	1	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	1	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
CCF07	890101994	180500	1	200	180700	4

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	1	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	1	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	3
SALUD	2
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	722000
SALUD	180700
RIESGOS LABORALES	298800
CAJAS COMPENSACIÓN	180700
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	1382200

PAGADO