Id 4271253.

| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 12/08/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | jul-25 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 312/2022 | | | VALOR | $ 1.299.216.943,00 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda | SASS-113-2022-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGIA GENERAL, INMUNOLOGIA PEDIATRICA, CIRUGIA ONCOLOGICA, DERMATOLOGIA PEDIATRICA PARA EL CUBRIMIENTO DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | |
| Nombre de Contratista | CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA | | | NIT/ CC | 900789891-7 | | |
| Clase de Contrato | OTRO | | | Modalidad de Contratación | SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD | | |
| Cuenta Bancaria No. | 474100059697 | Banco: | DAVIVIENDA | Tipo de Cuenta: | Ahorros X | Corriente | |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 15-44-101271881 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 23/11/2024 | | |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA 2025 | 3525 | 7/01/2025 | N/A | N/A | 2125 | 7/01/2025 | CMDE788 | 4/08/2025 | | | $ 38.922.872,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 38.922.872,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

| VIGENCIA | VR. CONTRATO | VR. ADICION | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES | VR. EJECUTADO | SALDO CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA 2022 | $ 36.180.000,00 | $ - | $ - | $ 36.180.000,00 | $ - |
| VIGENCIA 2023 | $ 338.768.000,00 | | $ - | $ 338.768.000,00 | $ - |
| VIGENCIA 2024 | $ 348.931.040,00 | $ 30.000.000,00 | $ - | $ 378.931.040,00 | $ - |
| VIGENCIA 2025 | $ 359.398.966,00 | $ 50.921.682,00 | $ - | $ 272.206.844,00 | $ 138.113.804,00 |
| VIGENCIA 2026 | $ 215.938.937,00 | $ - | $ - | $ - | $ 215.938.937,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $ 1.299.216.943,00 | $ 80.921.682,00 | $ - | $ 1.026.085.884,00 | $ 354.052.741,00 |

| Nombre del Supervisor : MAYOR LIGIA ROCIO MENDEZ GAVIRIA | Fecha de notificación: 15/11/2022 |
|---|---|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO: 1/12/2022 — FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026 |
| Vigencia del Contrato: | Plazo de ejecución y seis meses más |
| Prorrogas: | En tiempo<br>1-<br>2-<br>3- |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/16 y riesgos profesionales 2025/07/16 Planilla N° 9488752707– correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual se anexa integralmente a este informe.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado / existencia almacen) | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): FACTURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO 2025

12/08/25

**NOTA 5:** En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSIÓN 10 |
| | | Pagina: | 2 DE 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DOCTOR JULIO ROBERTO AMADOR PATARROYO | | FIRMA: | |
| NÚMERO DE CEDULA: | 80.090.823 | | |
| CELULAR : 3103156351 | | CORREO: Jpatarroyo@homil.gov.co | |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |

## CONTRATO 312/2022 DERMATOLOGIA

| | |
|---|---|
| VIGENCIA 2022 | $ 36.180.000 |
| VIGENCIA 2023 | $ 338.768.000 |
| VIGENCIA 2024 | $ 348.931.040 |
| VIGENCIA 2025 | $ 359.398.966 |
| VIGENCIA 2026 | $ 215.938.937 |
| VALOR TOTAL | $ 1.299.216.943 |

| | |
|---|---|
| VALOR SECOP | $ 1.299.216.943 |
| DIFERENCIA | $ - |

| MES | FACTURA | VALOR | SALDO VIGENCIA | SALDO CONTRATO | EJECUTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| **VIGENCIA 2022** | | | | | |
| DICIEMBRE | CMDE357 | $ 35.147.023 | $ 1.032.977 | $ 1.264.069.920 | $ 35.147.023 |
| **VIGENCIA 2023** | | | | | |
| SALDO VIG 2022 | $ 1.032.977 | MAS VIG 2023 | $ 338.768.000 | TOTAL | $ 339.800.977 |
| MES | FACTURA | VALOR | SALDO VIGENCIA | SALDO CONTRATO | EJECUTADO |
| ENERO | CMDE391 | $ 23.446.977 | $ 316.354.000 | $ 1.240.622.943 | $ 58.594.000 |
| FEBRERO | CMDE401 | $ 24.255.000 | $ 292.099.000 | $ 1.216.367.943 | $ 82.849.000 |
| MARZO | CMDE414 | $ 27.225.000 | $ 264.874.000 | $ 1.189.142.943 | $ 110.074.000 |
| ABRIL | CMDE425 | $ 28.925.000 | $ 235.949.000 | $ 1.160.217.943 | $ 138.999.000 |
| MAYO | CMDE436 | $ 24.525.000 | $ 211.424.000 | $ 1.135.692.943 | $ 163.524.000 |
| JUNIO | CMDE447 | $ 24.525.000 | $ 186.899.000 | $ 1.111.167.943 | $ 188.049.000 |
| JULIO | CMDE458 | $ 24.153.000 | $ 162.746.000 | $ 1.087.014.943 | $ 212.202.000 |
| AGOSTO | CMDE477 | $ 24.618.000 | $ 138.128.000 | $ 1.062.396.943 | $ 236.820.000 |
| SEPTIEMBRE | CMDE486 | $ 28.795.000 | $ 109.333.000 | $ 1.033.601.943 | $ 265.615.000 |
| OCTUBRE | CMDE495 | $ 30.225.000 | $ 79.108.000 | $ 1.003.376.943 | $ 295.840.000 |
| NOVIEMBRE | CMDE511 | $ 38.435.000 | $ 40.673.000 | $ 964.941.943 | $ 334.275.000 |
| DICIEMBRE | CMDE520 | $ 38.935.000 | $ 1.738.000 | $ 926.006.943 | $ 373.210.000 |
| **VIGENCIA 2024** | | | | | |
| SALDO VIG 2023 | $ 1.738.000 | MAS VIGE 2024 | $ 348.931.040 | TOTAL | $ 350.669.040 |
| MES | FACTURA | VALOR | SALDO VIGENCIA | SALDO CONTRATO | EJECUTADO |
| ENERO | CMDE540 + NCCM73 | $ 26.340.400 | $ 324.328.640 | $ 899.666.543 | $ 399.550.400 |
| FEBRERO | CMDE548 | $ 34.852.750 | $ 289.475.890 | $ 864.813.793 | $ 434.403.150 |
| MARZO | CMDE562 | $ 33.822.750 | $ 255.653.140 | $ 830.991.043 | $ 468.225.900 |
| ABRIL | CMDE571 | $ 30.954.150 | $ 224.698.990 | $ 800.036.893 | $ 499.180.050 |
| MAYO | CMDE589 | $ 34.839.900 | $ 189.859.090 | $ 765.196.993 | $ 534.019.950 |
| JUNIO | CMDE598 | $ 34.700.850 | $ 155.158.240 | $ 730.496.143 | $ 568.720.800 |
| JULIO | CMDE613 | $ 35.432.150 | $ 119.726.090 | $ 695.063.993 | $ 604.152.950 |
| AGOSTO | CMDE626 | $ 32.633.050 | $ 87.093.040 | $ 662.430.943 | $ 636.786.000 |
| ADICION | 1 | $ 15.000.000 | $ 102.093.040 | $ 677.430.943 | $ 636.786.000 |
| SEPTIEMBRE | CMDE638 | $ 38.601.150 | $ 63.491.890 | $ 638.829.793 | $ 675.387.150 |
| OCTUBRE | CMDE649 | $ 43.973.100 | $ 19.518.790 | $ 594.856.693 | $ 719.360.250 |
| ADICION 2 | 2 | $ 15.000.000 | $ 34.518.790 | $ 609.856.693 | $ 719.360.250 |
| NOVIEMBRE | CMDE664 | $ 31.742.640 | $ 2.776.150 | $ 578.114.053 | $ 751.102.890 |
| DICIEMBRE | | | | $ 578.114.053 | $ 751.102.890 |
| **VIGENCIA 2025** | | | | | |
| SALDO VIG 2024 | $ 2.776.150 | MAS VIGE 2025 | $ 359.398.966 | TOTAL | $ 362.175.116 |
| MES | FACTURA | VALOR | SALDO VIGENCIA | SALDO CONTRATO | EJECUTADO |
| DICIEMBRE | CMDE693 | $ 36.904.650 | $ 325.270.466 | $ 541.209.403 | $ 788.007.540 |
| ENERO | CMDE704 | $ 29.426.760 | $ 295.843.706 | $ 511.782.643 | $ 817.434.300 |
| FEBRERO | CMDE714 | $ 40.629.538 | $ 255.214.168 | $ 471.153.105 | $ 858.063.838 |
| MARZO | CMDE732 | $ 32.005.798 | $ 223.208.370 | $ 439.147.307 | $ 890.069.636 |
| ABRIL | CMDE749 | $ 37.568.448 | $ 185.639.922 | $ 401.578.859 | $ 927.638.084 |
| MAYO | CMDE761 | $ 26.561.604 | $ 159.078.318 | $ 375.017.255 | $ 954.199.688 |
| JUNIO | CMDE770 | $ 32.963.324 | $ 126.114.994 | $ 342.053.931 | $ 987.163.012 |
| ADICION | 3 | $ 50.921.682 | $ 177.036.676 | $ 392.975.613 | $ 987.163.012 |
| JULIO | CMDE788 | $ 38.922.872 | $ 138.113.804 | $ 354.052.741 | $ 1.026.085.884 |

# CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA

*Correo: corp-med@hotmail.com*

NIT 900789891-7
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764096123682
Fecha 25/07/2025 - 25/07/2026
Autorización de Facturación Electrónica del CMDE782 al CMDE1000
Email: Corp-med@hotmail.com
Teléfono: 7046446
**Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.**

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Bogotá | 04 | 08 | 2025 |

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**N° CMDE788**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL | **NIT:** | 830040256 | **Fecha de firmado:** | 04/08/2025 16:05:08 |
| **Dirección:** | TV 3 49 02 | **Departamento:** | Bogotá | **Teléfono:** | 3486868 |
| **Email:** | facturacionsiif@homil.gov.co | **Forma de Pago:** | Crédito | **Medio de pago:** | Transferencia Crédito Bancario |
| **Vencimiento:** | Agosto 18 del 2025 | **Hora emisión:** | 16:05:04-05:00 | **Moneda:** | COP Colombia, Pesos |
| **Fecha de pago:** | 18/08/2025 | | | | |
| **Total de Lineas:** | 3 | | | | |

| # | CÓDIGO | CANT | DESCRIPCIÓN | U. M. | IMPUESTOS | | | VR UNIT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 009 | 1,00 | PROCESO DE DERMATOLOGIA | WSD | | | | $24.481.408,00 | $24.481.408,00 |
| 2 | 011 | 16,00 | PROCESO DE INMUNODERMATOLOGIA | WSD | | | | $98.664,00 | $1.578.624,00 |
| 3 | 021 | 1,00 | PROCESO PRODUCTIVIDAD DERMATOLOGIA | WSD | | | | $12.862.840,00 | $12.862.840,00 |

**Notas:**
15-19-00;312-2022;jchavez@homil.gov.co

**SON:** (treinta y ocho millones novecientos veintidos mil ochocientos setenta y dos pesos )
**CUFE:** 4a89b50c3a8c21de439002ec8d04962ec9240f936afe0977977e8f7a71a96fe7f98eeabbaab7625151c6006daae741e3

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $38.922.872,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $38.922.872,00 |
| **RetelCA:** | $375.995,00 |
| **Neto Factura:** | $38.546.877,00 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 07 RetelCA | $38.922.872,00 | 0.966% | $375.995,00 |

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA 13 AUG 2025

FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TITULO DE RENTA DEBIDO A QUE SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO CALIFICADA ANTE LA DIAN

**Firma Digital:** vN23lqqWomUMg0Y5tyJTecHt9InI0JuhTSeSe5uVHzMSF2Q3zm6egafGVc/lt59o
EyMN855s3U4MsC7zpS3r89zu9+zB8FM0REL/d1z2zwbFPU8Gg6
oGGAYgpHOmfeFG vlVo0fNPtJDqccA1u1xuiyZcgfx9pmNP3Zxsmcy3Tw4xdlAYk1X76T48gCuOJtKl hzf2zOQQPYkK9MFeJE4+SMw4mUTC0QScDKm
FILGJHU3Vh7YpQK2VMcikHP6htpUX WHVKhgPQs8JV49TiXRU0ScMWCEncjbwao2w3y1LeVifUnFtRmdW5VkJ3PxBOWaVF wXq/oaVt2YvRZXiF+WO4
cg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

:ORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
:ONTRATO DERMATOLOGÍA
MES DE JULIO 2025

| IDENTIFICACION | LUGAR DE EXPEDICION | 1ER APELLIDO | 2DO APELLIDO | 1ER NOMBRE | OTROS NOMBRES | PROCESO A CARGO | OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA | HORAS CONSULTA/ PROCEDIMIENTOS | HORAS IC | LECTURA INMUNOFLUORESCENCIA | HORAS DE JUNTAS REALIZADAS | HORAS | VALOR HORA 2024 | VALOR A FACTURAR HOMIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 52.993.986 | Bogotá | Rodriguez | Galvis | Maria | Claudia | | ok | 46 | 18 | | 2 | 66 | 98.664 | $ 6.511.824 |
| 1.026.564.544 | Bogotá | Perez | Cely | Hector | Camilo | | ok | 54 | 5 | | 1 | 60 | 143.222 | $ 8.593.320 |
| 1.022.383.049 | Bogotá | Rodriguez | | Aura | | | ok | 8 | | | | 8 | 111.395 | $ 891.160 |
| 79.625.992 | Bogotá | Castro | Gomez | Luis | Antonio | | ok | 12 | | 2 | 2 | 16 | 98.664 | $ 1.578.624 |
| 1.018.469.360 | Bogotá | Botero | Varon | Mariana | | | ok | 18 | 2 | | | 20 | 98.664 | $ 1.973.280 |
| 1.013.679.178 | Bogotá | Duarte | Villalba | Miguel | Camilo | | ok | 38 | 4 | | | 42 | 98.664 | $ 4.143.888 |
| 1.020.756.566 | Bogotá | Ordoñez | Rubiano | Maria | Fernanda | | ok | 16 | 4 | | 4 | 24 | 98.664 | $ 2.367.936 |
| | | | | | | TOTAL | | | | | | | | $ 26.060.032 |

DR. HECTOR PEREZ

| PROCEDIMIENTO | VALOR | CANTIDAD | VALOR FACTURADO |
|---|---|---|---|
| Cirugia micrografica de mohs - Estadio 1 entre (1) a (6) cortes | $ 1.273.000 | | $ - |
| Cirugia micrografica de mohs - Estadio 2 entre (7) a (10) cortes | $ 1.803.530 | | $ - |
| Cirugia micrografica de mohs - Estadio 3 entre (11) a (15) cortes | $ 2.333.980 | 1 | $ 2.333.980 |
| Cirugia micrografica de mohs - Estadio 4 entre (13) a (30) cortes | $ 2.864.430 | 2 | $ 5.728.860 |
| Cirugia micrografica de mohs - Estadio 5 mas de (30) cortes | $ 3.394.880 | | $ - |
| | | TOTAL | $ 8.062.840 |

RECONSTRUCCION

| PROCEDIMIENTO | VALOR | CANTIDAD | VALOR FACTURADO |
|---|---|---|---|
| Con colgajo | $ 600.000 | 8 | $ 4.800.000 |
| Con injerto | $ 700.000 | 0 | $ - |
| Correccion por defecto de colgajo o injerto | $ 1.300.000 | 0 | $ - |
| | | TOTAL | $ 4.800.000 |

VALOR FACTURA $ 38.922.872

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900789891 | 7 | CORPORACIÓN CORPMED | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | ADMINISTRATIVOS | CARRERA 9 A 17 55 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7046446 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-07 | 1632602824 | 9488752707 | E | 2025/07/21 | 2025/07/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $34,754,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 26 | $13,088,700 | $0 | $0 | $13,088,700 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $382,900 | $0 | $0 | $382,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 12 | $7,191,100 | $0 | $0 | $7,191,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 7 | $2,478,500 | $0 | $0 | $2,478,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 6 | $3,036,200 | $0 | $0 | $3,036,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 27 | $2,180,000 | $0 | $0 | $2,180,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 27 | $2,180,000 | $0 | $0 | $2,180,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 27 | $3,629,100 | $0 | $0 | $3,629,100 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 27 | $3,629,100 | $0 | $0 | $3,629,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 7) | | | | 27 | $11,319,400 | $0 | $0 | $11,319,400 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 6 | $2,547,500 | $0 | $0 | $2,547,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 6 | $1,414,000 | $0 | $0 | $1,414,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $193,900 | $0 | $0 | $193,900 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 3 | $1,250,200 | $0 | $0 | $1,250,200 |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1 | 1 | $1,271,400 | $0 | $0 | $1,271,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 3 | $1,286,800 | $0 | $0 | $1,286,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 7 | $3,355,600 | $0 | $0 | $3,355,600 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 27 | $2,722,300 | $0 | $0 | $2,722,300 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 27 | $2,722,300 | $0 | $0 | $2,722,300 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 27 | $1,815,200 | $0 | $0 | $1,815,200 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 27 | $1,815,200 | $0 | $0 | $1,815,200 |
| TOTAL | | | | 27 | $34,754,700 | $0 | $0 | $34,754,700 |