INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No.236 DEL 2025 DEL 31 DE JULIO DE 2025, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Y MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-234-2025	
Contrato N°:	236-2025	
Término:	La duración del contrato será a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 7 de septiembre de 2025	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	01 de agosto del 2025	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	7de septiembre del 2025	
Valor Inicial	**$ 200.000.000**	
Otro si N°		
Contratista:	**MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS**	
NIT o Cedula de Ciudadanía	900505622-4	
Objeto del Contrato:	Suministro de insumos de asepsia para las áreas asistenciales y administrativas del Hospital Susana López de Valencia. E.S.E.	
Forma de pago:	El hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de las respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, ETC) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden del pago se le realizaran los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagara mediante los tramites administrativos establecidos por el hospital según procedimiento interno de pago de cuentas.	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	N°331 del 1 de julio de 2025	
No. Registro presupuestal	N°804 del 31 de julio de 2025	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo del Médico Especialista German Jair Ardila Muñoz con apoyo que se designe, o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia.	
Período a que corresponde el informe	**DESDE (13/08/2025)**	**HASTA (13/08/2025)**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	01 de agosto del 2025	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	08/2025
EPS		VALOR PAGADO	
ARL		VALOR PAGADO	
AFP		VALOR PAGADO	
VALOR TOTAL PLANILLA		PLANILLA No.	34257532
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	ASOPAGOS S.A. 13 de agosto del 2025		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$200.000.000.00
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$200.000.000.00
VALOR EJECUTADO	$168.004.074,00
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$168.004.074,00
SALDO A EJECUTAR	$31.995.926,00

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA AL PERIODO DE REPORTE:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S,E, a suministrar los productos relacionados en las especificaciones técnicas y a cumplir con las siguientes condiciones: **a)** los elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando especificando en la factura la siguiente información: número de lote de fabricación, fecha de vencimiento, registro Invima, laboratorio, valor unitario. La descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. **b)**. El tiempo de entrega de los productos a suministrar será hasta las veinticuatro (24) horas contadas a partir de las solicitud realizada por el supervisor, en las instalaciones del Hospital	Entrega de dispositivos médicos de acuerdo a las obligaciones del contratista	Acta de recepción técnica de productos farmacéuticos

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

Susana López de Valencia ESE. **c).** En caso de presentarse desabastecimiento de algún producto contratado, el contratista deberá notificar las alternativas que puedan reemplazar dicho producto, el cual será aprobado por el Hospital. **d)** Las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 50% de la vida útil del dispositivo medico entregado, cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el ultimo día de vencimiento. **e)** Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación o concentración, que sea solicitada y al mismo laboratorio el cual fue contratado, si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio diferente al contratado y solicitado sera causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. **f)** Los productos que presenten no conformidades por calidad del producto o devueltos por fecha de vencimiento, entre otras cosas deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas hábiles siguientes a la entrega del dispositivo medico. Presentar factura con el lleno de requisitos de acuerdo a la normatividad vigente o a lo exigido por el tramite interno del hospital. **g)** Todos los producto entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, efectividad terapéutica, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros invima y fichas técnicas de ser pertinente. **h)** No ceder ni subcontratar los insumos objetos del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL **i)** El contratista entregara los equipos de comodato en calidad de comodato, una vez se legalice el contrato **k)** Entregar al área de almacén las fichas técnicas del comodato para generar un ciclo de vida si se presentarse defectos o desperfectos en el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno. **l)** informar por escrito en caso de desabastecimiento que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta backoder de desabastecimiento del laboratorio/soporte **m)** Dar soporte a los dispensadores entregados en comodato teniendo en cuenta la verificación de las medidas de dispensador y pilas que requiera el producto, si se presentarse defectos o desperfectos por parte del dispensador el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno a la institución **n)** El hospital goza de total autonomia de adicionar elementos excepcionalmente que no esten contemplados en el presente contrato pero que guarden relacion con el presente objeto contractual, para lo cual el CONTRATISTA se obliga a suministrarlo dentro de los TRES (3) dias habiles siguientes a la solicitud subscrita por el supervisor y el subdirector cientifico, en las cantidades que se hayan determinado, para efectos de establecer el precio se realizará revision de las cotizaciones adquiridas de los proveedores con los cuales se tiene contrato en el momento de la necesidad dejando claridad que si el elemento es de control		N.º199 del 13/8/2025

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

especial o ha sido objeto de regulación por parte del gobierno nacional se dará aplicación a lo estipulado por la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos o normas vigentes sobre la materia, en especial a lo que se refiere sobre precio de venta. O) El contratista se compromete a colaborar con el sistema de gestión ambiental para cumplir con los lineamientos y programas establecidos dentro de la política institucional en gestiones ambientales establecidas en ISO 14001.		

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobantes de entrada, factura, acta de recepción técnica, notas aclaratorias, planilla de seguridad y parafiscales	5

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N.º COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	VALOR DEL COMPROBANTE	N.º FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AI000000001186	13/08/2025	$168.004.074,00	FEMD16	13/08/2025	$168.004.074,00

8.CERTIFICACION DE PAGO:

El suscrito supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales por lo tanto procede el pago correspondiente al periodo certificado.

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE	HASTA	
(13/08/2025)	(13/08/2025)	$168.004.074,00

El anterior informe se firma a los 4 días del mes de septiembre del 2025.

GERMAN JAIR ARDILA MUÑOZ
Cc: 10.537.688
Supervisor del contrato

MARICRUZ DURAN PATERNINA
Cc: 45.545.674
director técnico del servicio de farmacia

Proyectó: Nury Estefany Chilito Orbes-afiliada participe-ASIES NCHILITO
Revisó: Alicia Angulo- afiliada participe- ASIES Alicia Angulo
Aprobó: German Jair Ardila Muñoz - Médico Especialista

COMPROBANTE ENTRADA
Nº AI000000001186

PROVEEDOR: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS **NIT:** 900505622 **FECHA:** 13/08/2025 09:46 a. m.
CIUDAD: POPAYAN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CARRERA 6 C 35 N 98 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3044817879 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: FEMD16 **% ICA:** 6,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 13/08/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMP0000079	PREPODYNE SOLUCION YODADA X 30ML BOLSA. MARCA WEST.	BOLSA	200,00	$ 10.463,00	$ 2.092.600,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	4.000,00	$ 9.763,00	$ 39.052.000,00	0,00	0,00
D08AX080100	ALCOHOL ANTISEPTICO DE 70 G x 120 ML	FRASCO X 120 ML	150,00	$ 3.937,00	$ 590.550,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	248,00	$ 9.763,00	$ 2.421.224,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	200,00	$ 9.763,00	$ 1.952.600,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	5.000,00	$ 9.763,00	$ 48.815.000,00	0,00	0,00
DMW0000005	ALCOHOL ETILICO Y GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2 POR CIENTO BOLSA 30ML WESCOHEX 270	BOLSA	1.950,00	$ 7.416,00	$ 14.461.200,00	0,00	0,00
DMW0000005	ALCOHOL ETILICO Y GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2 POR CIENTO BOLSA 30ML WESCOHEX 270	BOLSA	5.000,00	$ 7.416,00	$ 37.080.000,00	0,00	0,00
DMP0000079	PREPODYNE SOLUCION YODADA X 30ML BOLSA. MARCA WEST.	BOLSA	300,00	$ 10.463,00	$ 3.138.900,00	0,00	0,00
DMD00000033	DESINFECTANTE DE DISPOSITIVOS MEDICOS - DESINFECTANTE A BASE DE AMONIOS - PROQUIZYME.	UNIDAD	460,00	$ 40.000,00	$ 18.400.000,00	0,00	0,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	168004074,0000	3360081,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	168004074,0000	3360081,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	168004074,0000	2520061,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	168004074,0000	5040122,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	168004074,0000	1680041,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	168004074,0000	840020,0000

DETALLE **SUBTOTAL:** $ 168.004.074,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

COMPROBANTE ENTRADA

CONTRATO 236-2025

DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 1.008.024,00
RETE FUENTE:	$ 4.200.102,00
OTRAS RETE:	$ 16.800.406,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 145.995.542,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

MONTERO

OPERARIO CON FUNCIONES DE AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECES

Sergio Velasco Angel

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

U CONFIRMA:512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS
NIT: 900505622-4
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Jurídica
cra 6c #35N-98, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3044817879
Email. medifarmadecolombiasas@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764070264672 válida desde 2024-05-06 hasta 2026-05-06 rango desde FEMD-1 hasta FEMD-50.

Razón Social: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT : 891501676
Dirección:
Teléfono: 6028211721
Email: faseelectronica@hosusana.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Fecha de Pago: 12/11/2025
Total de Lineas: 9

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FEMD - 16**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **09:32:34-05:00**
FECHA FIRMADO: **13/08/2025 09:32:39**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	08	2025	12	11	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	221	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G X 120ML Lote: 7358 Rs: 2020M009828-R2 FV: 05/2027 Lab: osa	94	150,00	$3.937,00				0,00	$590.550,00
2	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250109450 Rs: 2021M-0016758-R1 Fv: 10/2026 Lab: Electroquimica west	94	200,00	$9.763,00				0,00	$1.952.600,00
3	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250108275 Rs: 2021M-0016758-R1 Fv: 09/2026 Lab: Electroquimica west	94	248,00	$9.763,00				0,00	$2.421.224,00
4	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250112082 Rs: 2021M-0016758-R1 Fv: 12/2026 Lab: Electroquimica west	94	5.000,00	$9.763,00				0,00	$48.815.000,00
5	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250108805 Rs: 2021M-0016758-R1 Fv: 10/2026 Lab: Electroquimica west	94	4.000,00	$9.763,00				0,00	$39.052.000,00
6	117	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL30ML Lote: 250109845 Rs: 2019M-0013544-R1 Fv: 05/2027 Lab: Electroquimica west	94	5.000,00	$7.416,00				0,00	$37.080.000,00
7	117	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL30ML Lote: 240107656 Rs: 2019M-0013544-R1 Fv: 02/2027 Lab: Electroquimica west	94	1.950,00	$7.416,00				0,00	$14.461.200,00
8	118	SOLUCION YODADA BOLSA X 30ML Lote: 250108232 Rs: 2019M003893-R4 Fv:05/2027 Lab: Electroquimica west	94	500,00	$10.463,00				0,00	$5.231.500,00
9	200	DESINFECTANTE DE SUPERFICIES Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CON NEUTRALIZADOR DE OLORES Lote: 802224 Rs: 2015DM-0013578 Fv: 08/2026 Lab: Proquident	94	460,00	$40.000,00				0,00	$18.400.000,00

Firma Digital: sdBtS02JEAi82eZvBml33eRU2vCWHbRqltPq7oed4DzLudlol6gycboOCR5kqq1w
LBoe28yBIDCf21VAddFA2OZ8nBp/h0juAQWkFXgqqw2A2AJV+s
zTapnKcMLrpXDM bu6NVa1QrZsTbgYitFCNb+K6HYbKyTfHJEID/mF9oZzuSkBfGL+TwgzwjcKyCxb+ IHi1AQADKoiSohNlnwVYhwybl4dqRgw1W7T
OapFMrqLltDNenJTYDLIfxoFZJeCE RGALvyXMeoDNzJHpWfONLHlmuAyj7D0nwQTRHytV7CWupHzFRtty+Lv3RV7HjI+I D78hYcDP77a2e9Eamjzm
gw==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Notas:		
	Subtotal:	$168.004.074,00
	Cargos:	$0.00
SON: (ciento sesenta y ocho millones cuatro mil setenta y cuatro pesos)	**Descuento:**	$0.00
CUFE: c6fb6414641ba0128a04cea8c852272c8e3664c5e509ce158f01ddf375d0e5613461ba864c6109f3b9b3879c8a7b2f6e	**Total:**	$168.004.074,00

Firma Digital: sdBtS02JEAi82eZvBml33eRU2vCWHbRqItPq7oed4DzLudlol6gycboOCR5kqq1w
LBoe28yBlDCf21VAddFA2OZ8nBp/h0juAQWkFXgqqw2A2AJV+s
zTapnKcMLrpXDM bu6NVa1QrZsTbgYltFCNb+K6HYbKyTfHJEID/mF9oZzuSkBfGL+TwgzwjcKyCxb+ IHi1AQADKoiSohNlnwVYhwybl4dqRgw1W7T
OapFMrqLltDNenJTYDLIfxoFZJeCE RGALvyXMeoDNzJHpWfONLHImuAyj7D0nwQTRHytV7CWupHzFRfty+Lv3RV7Hjl+I D78hYcDP77a2e9Eamjzm
gw==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cauca

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
199	13	8	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS

HORA 2PM

Factura Nº: FEMD-16 **Factura Vigente hasta:** 12/11/2025

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
									Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G *120ML	UNIDAD	2020M009828-R2	OSA	7358	625	1/05/2027	150	C	C	C	C
2	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250109450	413	1/10/2026	200	C	C	C	C
3	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250108275	383	1/09/2026	248	C	C	C	C
4	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250112082	474	1/12/2026	5000	C	C	C	C
5	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250108805	413	1/10/2026	4000	C	C	C	C
6	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL 30ML	UNIDAD	2019M-0013544-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250109845	625	1/05/2027	5000	C	C	C	C
7	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL 30ML	UNIDAD	2019M-0013544-R1	ELECTROQUIMICA WEST	240107656	536	1/02/2027	1950	C	C	C	C
8	SOLUCION YODADA BOLSA X 30ML	UNIDAD	2019M003893-R4	ELECTROQUIMICA WEST	250108232	625	1/05/2027	500	C	C	C	C
9	DESINFECTANTE DE SUPERFICIES Y DISPOSITIVOS MEDICOS CON NEUTRALIZADOR DE OLORES	UNIDAD	2015DM-0013578	PROQUIDENT	802224	352	1/08/2026	460	C	C	C	C

ELABORADO POR:

NATALIA TO

Firma

Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Firma

Quimico Farmaceutico

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900505622	4	MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4645	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
19-807	CRA 6C 35N 98		3044817879		MEDIFARMADECOLOMBIASAS@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-08	34257532	E	2025-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	350.300	1.000	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34257532	2025-08-08	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES													DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1061794808	CAMPO MERA ADELAIDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	FORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	57.000	COMFACAUCA-CCF14	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0.00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1464501

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900505622	4	MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4645	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
19-807	CRA 6C 35N 98		3044817879		MEDIFARMADECOLOMBIASAS@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-07	2025-08	34257532	E	2025-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	350.300	1.000	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34257532	2025-08-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	500	0	228.300
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	500	0	228.300
EPS(Administradoras: 1)				1	57.000	0	200	0	57.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	57.000	0	200	0	57.200
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	100	0	7.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.500	0	100	0	7.600
CCF(Administradoras: 1)				1	57.000	0	200	0	57.200
COMFACAUCA	CCF14	891500182	0	1	57.000	0	200	0	57.200
Gran Total					349.300	0	1.000	0	350.300

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-900505622 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-07	230301	800224808	PORVENIR	1	3	227.800	500	228.300
Período salud:	2025-08	EPS005	800251440	SANITAS	1	3	57.000	200	57.200
Planilla Nro.:	34257532 Tipo E	14-23	860011153	POSITIVA	1	3	7.500	100	7.600
Clase de aportante:	B	CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	3	57.000	200	57.200
Fecha transacción:	2025-08-11	PASENA	899999034	SENA	0	3	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	3	0	0	0
Transacción:	1693356500	PAESAP	899999054	ESAP	0	3	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	3	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 350.300

PAGADO