

DATOS DE LA FACTURACION

Entidad:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	NIT:	891280001-0
Dirección:	BARRIO BOMBONA CAR15 N18-41, OLAYA HERRERA N - Colombia	Teléfono:	
Forma pago:	Contado	Medio pago:	Transferencia Débito Bancaria
Orden Compra:	3 Vinculado	Vendedor:	
E-mail:	direccion@idsn.gov.co	Moneda:	COP

Item	Código	Descripción Producto	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	% Desc	Valor Impuesto	Valor Total
1	1	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO # 2025000436 DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA FINANCIAMIENTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS DE LA ESE CAMILO HURTADO CIFUENTES MEDIANTE RECURSOS DE SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. PRIMER TRIMESTRE	94	1	\$217,331,972.25	0.00	\$0.00	\$217,331,972.25

1	Item		
SON: DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS CON VEINTICINCO CENTAVOS PESOS COLOMBIANOS		Subtotal	\$217,331,972.25
LA PRESENTE FACTURA ES UN TITULO VALOR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 772 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y LEY 1231/ 08. .		IVA 0%	\$0.00
		Total	\$217,331,972.25

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO # 2025000436 DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA FINANCIAMIENTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS DE LA ESE CAMILO HURTADO CIFUENTES MEDIANTE RECURSOS DE SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. PRIMER TRIMESTRE REGIMEN: 3 Vinculado

Responsabilidad fiscal: R-99-PN

Sector Salud

Operación:	SS-CUFE	Código prestador servicios de salud:	5249001485
Modalidad de pago:	Pago por evento.	Cobertura o plan de beneficios:	Cobertura ADRES
Número de contrato:		Número de póliza:	
Copago:	\$0.00	Cuota moderadora:	\$0.00
Anticipo:	\$0.00	Pagos compartidos planes voluntarios:	\$0.00
Fecha inicio período de facturación:	20/06/2025	Fecha final período de facturación:	20/06/2025

CUFE: 68c5549eccfbbc1fc77eb32c93e4fa86bf1faf7604c8a5db9d695b9ff2bc2ab1a84b29d5cd936873d465fb9f5a7bab57

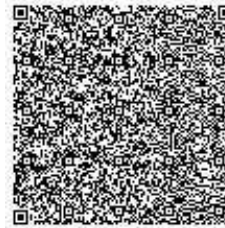


CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E
NIT: 900127853-7
BRR NUEVA ESPERANZA TRES CON CALLE LA ARENA - Pasto -
Colombia

TEL: 3147707277

*No responsable de IVA.
*Actividad Económica DIAN 8610.
*Facturación Electrónica.

Resolución DIAN Facturación Electrónica de venta No. 18764087283427 de 16/01/2025 hasta
16/01/2026 Rango Autorizado del FE2V2091809 al FE2V3000000



Fecha de Emisión		
2025	06	20
Fecha de Vencimiento		
2026	06	20
Factura Electrónica de Venta		
FE2V2157466		

DATOS DE LA FACTURACION

Entidad:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	NIT:	891280001-0
Dirección:	BARRIO BOMBONA CAR15 N18-41, OLAYA HERRERA N - Colombia	Teléfono:	
Forma pago:	Contado	Medio pago:	Transferencia Débito Bancaria
Orden Compra:	3 Vinculado	Vendedor:	
E-mail:	direccion@idsn.gov.co	Moneda:	COP

Firma electrónica: PL/mrdnU7MjKhqQBx/zZaTdpNr4U50jLKF83kzLKCKi52lQaavXO4iAFHb6WBnKHxR4XEInfez+xlrl/hsF8f1YfDEGcGpOo/weDODTJM4OjKf2388Mz5Kkzj0L4tYUmOSJ+9JSAfDTNukV/nyfxl1nH7XHUR5c
+lkHZH8q4e5euOgb1ZVUOly0Z2A2lHHeo2VeZZHu7lqXDqOHxyxRd3W5wR1L3rKRzDTs+Bk8OxBC0umGnDIVkY496huZl91wwloFMEddev2irehs48hzYGal+PGiRAdfOYyF1P4zPpCe2vpzuR7bCzl1B1DOO7+q9SQ8xDJlJpkFFkVODkjiMzc/w==

CUFE: 68c5549eccfbbc1fc77eb32c93e4fa86bf1faf7604c8a5db9d695b9ff2bc2ab1a84b29d5cd936873d465fb9f5a7bab57



RECIBIDA ACEPTADA, FIRMA Y SELLO

Fecha y hora de generación: 6/20/2025 11:47:58 AM

Fecha y hora de expedición: 6/20/2025 11:47:57 AM

Proveedor tecnológico: BIT CONSULTING S.A.S - NIT: 830005677 - Software: DOCUMENTEME - Código PT: 010

Generado por: Documénteme by Mentum Group

**ACTA DE PAGO PARCIAL**

CÓDIGO: F-GGJOAJ01-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 15-08-2013

26 JUN 2025

3:59 pm

DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO

Tipo	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
Número	2025000436
Modalidad	DIRECTA
Contratista	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E
Representante legal	LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
Objeto	Financiar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente del CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E del municipio de OLAYA HERRERA , destinados a la prestación de servicios y tecnologías efectuadas en zonas alejadas o de difícil acceso que son monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno Nacional, los cuales se financiarán con recursos del sistema general de participaciones en virtud de lo descrito en los estudios previos.
Valor	OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS (\$ 869.327.889)
RUT	900127853-7
N° CDP Y Fecha	2025001313 DE 03-04-2025
No Registro Y Fecha	2025001775 DE 21-04-2025

El día (30) Treinta de Mayo de 2025 se reunieron, **LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO**, representante legal del **CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E**, en calidad de contratista y por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, **VICTOR GIOVANNI MELO BURBANO**, en calidad de supervisor delegado del contrato con el fin de realizar el Acta de Pago Parcial Número Uno (1) del contrato de la referencia, teniendo en cuenta el informe de actividades anexo.

1. De acuerdo con lo informado, los valores parciales a cancelar son:

DESCRIPCION	%IA	VIA	%RP	VRP	%Acum	Valor Acumulado
EVALUACIÓN DE METAS DE CALIDAD, SEGÚN RESOLUCIÓN 484 de 2024. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general. Peso del Indicador: 35% EJECUCION DE METAS: 100%	0,00%	\$ 0	8,75%	\$ 76.066.190,29	8,75%	\$ 76.066.190,29
PRODUCCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 484 DE 2024. Funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en REPS. Peso del Indicador: 35% EJECUCION DE METAS: 100%	0,00%	\$ 0	8,75%	\$ 76.066.190,29	8,75%	\$ 76.066.190,29

**ACTA DE PAGO PARCIAL**

GGJOAJ01-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 15-08-2013

EVALUACIÓN DE GASTOS DE OPERACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 484 DE 2024. Peso del Indicador: 15% EJECUCION DE METAS: 100%	0,00%	\$ 0	3,75%	\$ 32.599.795,84	3,75%	\$ 32.599.795,84
EVALUACIÓN DE METAS DE RECAUDO INGRESOS CORRIENTES, SEGÚN RESOLUCIÓN 484 DE 2024. Peso del Indicador: 15% EJECUCION DE METAS: 100%	0,00%	\$ 0	3,75%	\$ 32.599.795,84	3,75%	\$ 32.599.795,84
SUMAN	0%	\$ 0	25,00%	\$ 217.331.972,25	25,00%	217.331.972,25

2. Validación de Seguridad social y aportes: Mes de MAYO de 2025

Verificación de aportes	SI	NA	Valor Cotizado	No. Planilla
Sistema integral de seguridad social (Salud, Pensión, Riesgos Profesionales)	X		32.281.900	86194899
Salud	X		10.215.400	
Pensión	X		13.075.400	
Riesgo Profesionales	X		1.741.800	
Aportes Patronales	X		7.249.300	

3. Valores a cancelar:

DESCRIPCION	VALOR
Valor Total del Contrato (A)	\$ 869.327.889,00
Valor Anticipo o Pago Anticipado (B)	\$ -
Valor a pagar en la presente acta (C)	\$ 217.331.972,25
Amortización anticipo D = (B*C)/A	\$ -
Valor total de pagos parciales según comprobantes de Egreso (E)	\$ -
VALOR A PAGAR (C-D)	\$ 217.331.972,25

Nota: Relacione en el pie de página los valores**TOTAL, VALOR A PAGAR: DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS**
LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑOCENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA
VICTOR GIOVANNI MELO BURBANOSUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
SUPERVISOR



INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

CÓDIGO: F-GGJOAJ01-06

VERSIÓN: 01

FECHA: 15-08-2013

Página 1 de 2

TEMA DEL INFORME: Informe de actividades del convenio No. 2025000436, para el giro de recursos de SGP oferta, en aplicación de la Resolución 484 de 2024.	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	30	05	2025	01

Tipo de informe: Parcial ☒ Final ☐

Contratista: ESE CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E

Contrato No. 2025000436

Descripción del Informe de Actividades

El Subsidio a la Oferta es una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.

En este contexto, se expidió el Decreto 268 de 2020, modificado por el Decreto 292 de 2020, el cual establece en su artículo 2.4.2.7 que El IDSN y las entidades territoriales beneficiarias de la asignación de estos recursos, celebraron el presente convenio con las ESE conforme a los lineamientos que para el efecto se expidan para lo cual, el Instituto Departamental de Salud de Nariño estableció los indicadores de calidad, producción y financieros en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 484 de 2024.

Al presente informe se debe anexar:

1. Para las Empresas Sociales del Estado el acto administrativo de la adición al presupuesto de la ESE de la vigencia 2025 de los recursos asignados mediante el convenio suscrito en el marco de la Resolución 484 de 2024, en formato PDF legible.

2. Registro de los datos de cumplimiento de indicadores del contrato, de la siguiente manera:

GESTION DE CALIDAD	PERIODICIDAD	PESO PORCENTUAL	DOCUMENTO/SOPORTE	RESULTADO ESE
NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo promedio de espera para asignación de cita medicina general	TRIMESTRAL	35%	La ESE debe presentar Certificación del resultado del indicador del trimestre a evaluar firmado por el Gerente	1
GESTION DE PRODUCCION	PERIODICIDAD	PESO PORCENTUAL	DOCUMENTO/SOPORTE	RESULTADO ESE
NOMBRE DEL INDICADOR: Funcionamiento de los Servicios habilitados en los horarios reportados en REPS	DIARIO	35%	Anexar certificación expedida por la Dirección Local de Salud Municipal	90
RESULTADO ESE	RESULTADO ESE	RESULTADO ESE	DOCUMENTO/SOPORTE	RESULTADO ESE
VALOR DE GASTOS: Operación para la prestación de los servicios de salud	TRIMESTRAL	15%	Certificación de gastos de operación tomados de los estados contables básicos de la ESE.	\$ 306.676818

INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

CÓDIGO: F-GGJOAJ01-06

VERSIÓN: 01

FECHA: 15-08-2013

Página 2 de 2

			firmada por el gerente y contador de la ESE	
NOMBRE DEL INDICADOR: Valor de los ingresos corrientes	TRIMESTRAL	15%	Certificación de ingresos corrientes tomados de los estados contables básicos de la ESE, firmada por el gerente y contador de la ESE	\$ 4.862.045.083

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO:

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL **LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO** IDENTIFICADA CON CEDULA 1.114.390.491, CERTIFICA QUE LA ESE CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES, CUMPLIO A CABALIDAD CON LOS INDICADORES DEFINIDOS POR LA RESOLUCION 484/2024 Y LOS SOPORTES Y DOCUMENTACION PODRAN SER VERIFICADOS EN CUALQUIER MOMENTO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, FUNCIONARIO **VÍCTOR GIOVANNI MELO BURBANO** PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO Y EL PAGO RESPECTIVO.

Al presente informe se anexan los siguientes documentos.

1. Planillas de seguridad social
2. Certificación reporte resolución 256 de 2016
3. Certificación de cumplimiento servicios habilitados en REPS
4. Certificación financiera de gastos de operación de la E.S.E. vigencia 2025
5. Acuerdo de adición de recursos de SGP oferta al presupuesto de la E.S.E. para la vigencia 2025

Los anteriores documentos, reposan en el archivo digital del supervisor del contrato.

Conclusiones y Recomendaciones del Supervisor y/o Interventor

Revisado el informe y sus anexos presentados por el contratista, el supervisor delegado **VÍCTOR GIOVANNI MELO BURBANO**, certifica el cumplimiento de los indicadores de la Resolución 484/2024, acorde a lo exigido en el convenio.

Nota: (en caso de presentar anexos con el informe enúncielos y adjúntelos a este documento)

Contratista	Firma
LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO Gerente – ESE	
Supervisor	Firma
VÍCTOR GIOVANNI MELO BURBANO Profesional Universitario GRS- SCA IDSN	

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOA02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 1 de 10

MODALIDAD DE SELECCION	L	SA	CM	D	>10 % MC	REQUISITOS				APROBACIÓN DE GARANTIAS			
						Documentos Anexados	SI	NO	NA	Compañía de Seguros	N/A	N/A	N/A
TIPO	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO												
NUMERO	2025000436					Estudios Previos				Número Póliza			
CONTRATISTA:	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.					Acto Administrativo Contratación Directa				Fecha Póliza			
RUT	900127853-7					Proceso precontractual				Vigencia de amparos			
VALOR:	\$869.327.889					Propuestas				Amparos			
FORMA DE PAGO:	<p>El IDSN realizará el giro trimestrales, una vez vencido el periodo y evaluados los informes de los indicadores y metas pactados, enviados por la E.S.E. monopolio. Pago que se realizará mediante acta suscrita entre las partes.</p> <p>Para realizar el pago del cuarto trimestre de 2025, la ESE remitirá la certificación de los indicadores financieros con corte a 30 de noviembre de 2025. Lo anterior debido a que en el IDSN, se realiza cierre financiero con corte 15 de diciembre y las cuentas para pago, se debe radicar en Secretaría General antes esta fecha. Esto en cumplimiento de</p>									Compañía de Seguros			
										Número Póliza			
										Fecha Póliza			
										Desde			
									Hasta				
									Valor Asegurado				

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

of

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOA02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 2 de 10

<p>Directrices del Ministerio que indican que los recursos de SGP oferta se deben girar en la vigencia para la cual se han aprobado.</p> <p>Para la liquidación del convenio, de acuerdo a la resolución 484 de 2024, artículo 8, numeral 8.7. Se deberá dejar un porcentaje no superior al 5% del valor del contrato para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones.</p> <p>El IDSN realiza este convenio interadministrativo con el E.S.E CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO DE CIFUENTES DE OLAYA HERRERA.- Departamento de Nariño y hará seguimiento al cumplimiento de las metas de gestión de calidad, gestión de productividad y gestión financiera, establecidas en la Resolución 484 de 2024.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--



@idsnstacontigo

Sitio Web: <https://www.idsn.gov.co/>
 Dirección: Calle 15 No. 28-41, Plazuela Bomboná
 Conmutador: (602) 724 4438
 Servicio a la Ciudadanía: +57 318 240 4557 - +57 316 482 2435

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 3 de 10

<p>En caso de incumplimiento de alguno de los indicadores y metas establecidas en el convenio interadministrativo, la ESE monopolio deberá realizar un Plan de Mejoramiento que conlleve al efectivo cumplimiento de lo pactado entre las partes, el cual será objeto de seguimiento por parte del supervisor del mismo.</p>						
<p>De acuerdo a lo establecido en el numeral 6.3 del Artículo 6 de la Resolución 484 de 2024, el Instituto Departamental de Salud de Nariño realizará el seguimiento al cumplimiento de los indicadores y metas pactados en el convenio interadministrativo y ha establecido MECANISMOS PARA MEDIR LAS METAS DE GESTION DE CALIDAD, GESTION DE PRODUCCION Y GESTION FINANCIERA, para lo cual se formulan los siguientes indicadores:</p>						
<p>GESTION DE CALIDAD.</p>						
<p>NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo promedio de espera para</p>						

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 4 de 10

asignación de cita de medicina general de primera vez.

DEFINICIÓN: Cociente que expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurre entre el primer contacto con la IPS para la asignación de la cita de primera vez y la fecha en que es asignada la cita. La consulta de primera vez hace referencia a la primera consulta del paciente que se registra por primera vez en el año, razón por la cual se excluye la cita de control.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO (Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ No. total de citas de medicina general de primera vez asignadas en un período determinado)

FUENTE DEL NUMERADOR Reporte del prestador al MSPS

Este indicador hace parte del dominio 'Experiencia en la Atención', establecido en la Resolución 256/16

FUENTE DEL

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



SC-CER38915



@idsnestacontigo

Sitio Web: <https://www.idsn.gov.co/>

Dirección: Calle 15 No. 28-41, Plazuela Bomboná

Comutador: (602) 724 4436

Servicio a la Ciudadanía: +57 318 240 4557 - +57 316 482 2435

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 5 de 10

DENOMINADOR
Reporte del prestador al MSPS Este indicador hace parte del dominio 'Experiencia en la Atención', establecido en la Resolución 256/16

UNIDAD DE MEDIDA
Días

META MAXIMO 2,97 IPS

RESPONSABLE DEL CALCULO Ministerio de Salud y Protección Social-Sistema de Información para la Calidad

SERIE 1 trimestre de 2025

PERIODICIDAD:
Trimestral

ANALISIS Este indicador hace parte del dominio 'Experiencia en la Atención', establecido en la Resolución 256/16.

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Instituto
Departamental
de Salud de Nariño

APLICACIÓN

- DE GESTION DE PRODUCTION**

Funcionamiento de los Servicios habilitados en los horarios reportados en REPS

DEFINICIÓN: Número de días que la E.S.E. mantiene abiertos y prestando los servicios habilitados a todos los usuarios del municipio.

LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSION: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 8 de 10

Instituto
Departamental
de Salud de Nación

E.S.E. monopolio, la certificación emitida por el Contador y el Representante legal de la Institución, adjuntando el estado de resultados de cada trimestre, en donde se verificará el valor de los gastos de operación tomado de los ESTADOS FINANCIEROS.

APLICACIÓN

- No reporte
- indicador: NO CUMPLE
- Reporto
- indicador: CUMPLE

DEL
NOMBRE
INDICADOR:
INGRESOS
CORRIENTES

Determinación de los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.

APLICACIÓN

- No repotto indicador: NO CUMPLE

ANALISIS: de forma

trimestral se deberá enviar por parte de la E.S.E monopolio, la certificación emitida por el Contador y el Representante legal de la Institución, adjuntando el



LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Estado de Resultados de cada trimestre en donde se verificará el valor de los ingresos corrientes tomado de los ESTADOS FINANCIEROS.

DURACIÓN: El plazo para la ejecución del objeto del convenio interadministrativo, será a partir del cumplimiento de requisitos de ejecución del mismo, hasta 31 de diciembre de 2025.

Fecha Legalización 14/05/2025

Aprobación de Póliza N/A

CDP No. y Fecha CDP No. 2025001313 de 03/04/2025.

RP No. y Fecha 2025001775 de 21/04/2025

FECHA CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y AFILIACIÓN A ARL: 21-04-2025

FECHA DE TERMINACION SECCION I 31-12-2025

Autorización para contratar

Antecedentes Disciplinarios

Certificado de Responsabilidad Fiscal

Aportes a Sistema Integral de Seg. Social

Aportes Parafiscales

Estampillas Pro Dijo de Nariño

Estampilla Pro UDENAR

Estampilla Pro -Cultura

Tasa Pro Deporte y Recreación

Publicación

ELABORO: CATHERIN TOBAR MELO- CONTRATISTA OAJ

APROBO: JOSE LUIS OCAMPO GUERRERO – JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

INTERVENTOR(A) Y/O SUPERVISION:

Victor Giovanni Melo Burbano o quien haga sus veces

ACEPTO CUMPLIR LAS OBLIGACIONES QUE ME CORRESPONDEN COMO SUPERVISOR DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 84 LEY 1474 DE 2011, Y EL MANUAL DE SUPERVISION E INTERVENTORIA DEL IDSN.

Firma



LEGALIZACION, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, APROBACION DE POLIZAS

CÓDIGO: F-PGJOAJ02-13

VERSIÓN: 09

FECHA: 01-01-2023

Página 10 de 10

OBSERVACIONES: El supervisor deberá revisar que la ESE mantenga vigente la póliza de responsabilidad civil extracontractual – Clínica y Hospitales, la cual se aporta en los documentos del convenio.

D/sof

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E	07/02/2025	84005669	\$32.273.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.800	0		0		0	0	0	0	375.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.284.700	0		0		0	0	0	0	1.284.700	4
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	359.900	0		0		0	0	0	0	359.900	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	557.400	0		0		0	0	0	0	557.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.823.200	0		0		0	0	0	0	3.823.200	15
EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	900604350-0	511.000	0		0		0	0	0	0	511.000	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	543.900	0		0		0	0	0	0	543.900	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.090.600	0		0		0	0	0	0	1.090.600	4
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	241.100	0		0		0	0	0	0	241.100	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.249.600	0		0		0	0	0	0	1.249.600	5

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.827.100	0	0	0	0	0	0		1.827.100	4
230301	Porvenir	800224808-8	9.835.800	0	0	0	0	0	0		9.835.800	28
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.184.700	0	0	0	0	0	0		1.184.700	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.749.700				1.749.700	0	0	1.749.700			17.497	1.749.700	37

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	3.213.900	0	0	3.213.900	37

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.607.800	0	0	1.607.800	37
ICBF				
2.411.000	0	0	2.411.000	37
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E	07/02/2025	84005669	\$32.273.000

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	11	10.215.200	10.215.200
Pensión	4	13.075.400	13.075.400
Riesgos Laborales	1	1.749.700	1.749.700
CCF	1	3.213.900	3.213.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.411.000	2.411.000
MEN	0	0	0
SENA	1	1.607.800	1.607.800
TOTALES	19	32.273.000	32.273.000

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	07/02/2025	84005669	\$32.273.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subgrupo	Extranjero	Colaborador	Exonerado	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SAJ	IDE	LMA	VAC	AVP	VT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de trabajo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1004536399	RIASCOS ROSERO SANDRA GISELA	1	0			N																230201	2.920.659	467.400	0	0	0	0	0	EPS010	2.920.659	365.100	14-23	2.920.659	3	71.200	CCF35	2.920.659	116.900	2.920.659	58.500	87.700	0	0
2	CC	1004536547	MONTAÑO RIASCOS MAIRA ALEJANDRA	1	0			N																230301	1.928.354	308.600	0	0	0	0	0	ESSC24	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0
3	CC	1004536763	CUERO TENORIO NURYS MABELIS	1	0			N																230301	398.139	63.800	0	0	0	0	0	ESSC62	398.139	49.800	14-23	398.139	3	9.700	CCF35	398.139	15.000	398.139	8.000	12.000	0	0
4	CC	1004536763	CUERO TENORIO NURYS MABELIS	1	0			N											X					230301	1.094.881	175.200	0	0	0	0	0	ESSC62	1.094.881	136.900	14-23	1.094.881	3	0	CCF35	1.094.881	43.800	1.094.881	21.900	32.900	0	0
5	CC	1004537347	RIASCOS ROSERO DIEGO HERNANDO	1	0			N																230301	1.160.291	185.700	0	0	0	0	0	ESSC18	1.160.291	145.100	14-23	1.160.291	3	28.300	CCF35	1.160.291	46.500	1.160.291	23.300	34.900	0	0
6	CC	1004537347	RIASCOS ROSERO DIEGO HERNANDO	1	0			N												X				230301	3.190.799	510.600	0	0	0	0	0	ESSC18	3.190.799	398.900	14-23	3.190.799	3	0	CCF35	3.190.799	127.700	3.190.799	63.900	95.800	0	0
7	CC	1086042018	CIFUENTES SINISTERRA SANDRA PATRICIA	1	0			N																230201	1.493.019	238.900	0	0	0	0	0	ESSC18	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
8	CC	1086048605	ANGULO SANCHEZ YESI FERNANDA	1	0			N																230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	0	EPS010	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0
9	CC	1214743333	ENRIQUEZ REVELLO JOSE DANIEL	1	0			N																230201	4.088.000	654.100	0	0	0	0	0	EPS040	4.088.000	511.000	14-23	4.088.000	3	99.600	CCF35	4.088.000	163.600	4.088.000	81.800	122.700	0	0
10	CC	12798862	CIFUENTES PERLAZA LADIMIR	1	0			N																231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	ESSC62	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
11	CC	1086052043	OROBIO GARCES YEISON	1	0			N																230301	1.644.719	263.200	0	0	0	0	0	ESSC62	1.644.719	205.600	14-23	1.644.719	3	40.100	CCF35	1.644.719	65.800	1.644.719	32.900	49.400	0	0
12	CC	1086193866	ESTUPIÑAN ESTERILLA WILLIAM	1	0			N																230301	1.928.354	308.600	0	0	0	0	0	EPS037	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0
13	CC	1114390491	MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA	1	0			N																230301	4.458.495	713.400	0	0	0	0	0	EPS018	4.458.495	557.400	14-23	4.458.495	3	108.700	CCF35	4.458.495	178.400	4.458.495	89.200	133.800	0	0
14	CC	1130644306	RIASCOS MONTAÑO LUISA HERNANDO	1	0			N																230301	2.916.376	466.700	0	0	0	0	0	EPS037	2.916.376	364.600	14-23	2.916.376	3	71.100	CCF35	2.916.376	116.700	2.916.376	58.400	87.500	0	0
15	CC	1143972868	JIMENEZ MICOLTA XIMENA	1	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	ESSC62	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
16	CC	36810594	SINISTERRA CIFUENTES NELSY	1	0			N																25-14	1.549.804	248.000	0	0	0	0	0	EPS010	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0
17	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N											X					230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	0	CCF35	1.423.500	0	0	0	0	0	0
18	CC	12797570	CETRE TORRES ARNULFO	1	0			N																230301	4.010.394	641.700	0	0	0	0	0	ESSC62	4.010.394	501.300	14-23	4.010.394	3	97.700	CCF35	4.010.394	160.500	4.010.394	80.300	120.400	0	0
19	CC	12797842	LLOBERA CASTRO MARKI HERICH	1	0			N																230301	1.549.804	248.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0
20	CC	12798356	SEGURA PERLAZA ISAAC VICENTE	1	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
21	CC	12798635	GRANJA GUERRERO EDILBERTO	1	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS030	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
22	CC	36811277	IBARBO CUERO CELIA CRUZ	1	0			N																25-14	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	EPS012	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
23	CC	16508612	VIVAS HURTADO LIDER	1	0			N																230301	379.600	60.800	0	0	0	0	0	EPS037	379.600	47.500	14-23	379.600	3	9.300	CCF35	379.600	15.200	379.600	7.600	11.400	0	0
24	CC	16508612	VIVAS HURTADO LIDER	1	0			N												X				230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	0	EPS037	1.043.900	130.500	14-23	1.043.900	3	0	CCF35	1.043.900	41.800	1.043.900	20.900	31.400	0	0
25	CC	27504496	QUIÑONEZ PRADO DAYSI	1	0			N																25-14	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	ESSC18	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
26	CC	31588522	GARZON RODRIGUEZ JASMIN	1	0			N																230301	1.493.019	238.900	0	0	0	0	0	EPS037	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
27	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N																230301	388.045	62.100	0	0	0	0	0	EPS002	388.045	48.600	14-23	388.045	3	9.500	CCF35	388.045	15.600	388.045	7.800	11.700	0	0
28	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N												X				230301	1.067.122	170.800	0	0	0	0	0	EPS002	1.067.122	133.400	14-23	1.067.122	3	0	CCF35	1.067.122	42.700	1.067.122	21.400	32.100	0	0
29	CC	36810304	MONTAÑO TORRES INES	1	0			N																230301	388.045	62.100	0	0	0	0	0	EPS037	388.045	48.600	14-23	388.045	3	9.500	CCF35	388.045	15.600	388.045	7.800	11.700	0	0
30	CC	36810304	MONTAÑO TORRES INES	1	0			N												X				230301	1.067.122	170.800	0	0	0	0	0	EPS037	1.067.122	133.400	14-23	1.067.122	3	0	CCF35	1.067.122	42.700	1.067.122	21.400	32.100	0	0
31	CC	94445272	CETRE TORRES ARCESIO	1	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
32	CC	36810882	GONGORA MINOTTA BENILDA	1	0			N																230301	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	EPS010	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
33	CC	36810992	HURTADO CIFUENTES LUZ MARIA	1	0			N																230301	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
34	CC	36811051	CIFUENTES CAMPAZ DORA LILIA	1	0			N																230301	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	07/02/2025	84005669	\$32.273.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Entregado	Clase de riesgo	Exonerado	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIN	KIE	UMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
40	CC	36812060	CASTRO ESTUPIÑAN YULY XIMENA	1	0		N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0	
41	CC	5219932	MONTAÑO CUERO ANGEL SOFIO	1	0		N																	230301	4.010.394	641.700	0	0	0	0	EPS037	4.010.394	501.300	14-23	4.010.394	3	97.700	CCF35	4.010.394	160.500	4.010.394	80.300	120.400	0	0	
42	CC	59685845	ANGULO GARCES DINA LUZ	1	0		N																	230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	EPS037	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0	
43	CC	66747466	MINA MORENO LUZ YANETH	1	0		N																	230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	EPS042	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84625344	\$32.176.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.800	0		0		0	0	0	0	375.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.284.700	0		0		0	0	0	0	1.284.700	4
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	359.900	0		0		0	0	0	0	359.900	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	557.400	0		0		0	0	0	0	557.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.823.100	0		0		0	0	0	0	3.823.100	15
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	511.000	0		0		0	0	0	0	511.000	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	544.000	0		0		0	0	0	0	544.000	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.090.500	0		0		0	0	0	0	1.090.500	4
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	241.100	0		0		0	0	0	0	241.100	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.249.800	0		0		0	0	0	0	1.249.800	5

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.173.000	0	0	0	0	0	0		1.173.000	3
230301	Porvenir	800224808-8	10.489.800	0	0	0	0	0	0		10.489.800	29
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.184.700	0	0	0	0	0	0		1.184.700	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.766.200				1.766.200	0	0	1.766.200			17.662	1.766.200	37

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	3.163.600	0	0	3.163.600	37

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.582.800	0	0	1.582.800	37
ICBF				
2.372.800	0	0	2.372.800	37
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84625344	\$32.176.000

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	11	10.215.300	10.215.300
Pensión	4	13.075.300	13.075.300
Riesgos Laborales	1	1.766.200	1.766.200
CCF	1	3.163.600	3.163.600
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.372.800	2.372.800
MEN	0	0	0
SENA	1	1.582.800	1.582.800
TOTALES	19	32.176.000	32.176.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA		
NO							

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				37	0
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84625344	TOTAL A PAGAR	
					\$32.176.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES													
No.	Typo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Subleigo	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRAP	VSP	VST	SLN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN									
1	CC	1004536399	RIASCOS ROSERO SANDRA GISELA	1	0			N																		230201	2.920.659	467.400	0	0	0	0	0	EPS010	2.920.659	365.100	14-23	2.920.659	3	71.200	CCF35	2.920.659	116.900	2.920.659	58.500	87.700	0	0	
2	CC	1004536547	MONTAÑO RIASCOS MAIRA ALEJANDRA	1	0			N																		230301	1.928.354	308.600	0	0	0	0	0	ESSC24	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0	
3	CC	1004536763	CUERO TENORIO NURY S MABELIS	1	0			N																		230301	1.493.019	238.900	0	0	0	0	0	ESSC62	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0	
4	CC	1004537347	RIASCOS ROSERO DIEGO HERNANDO	1	0			N																		230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	0	ESSC18	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0	
5	CC	1086042018	CIFUENTES SINISTERRA SANDRA PATRICIA	1	0			N																		230201	1.493.019	238.900	0	0	0	0	0	ESSC18	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0	
6	CC	1086048605	ANGULO SANCHEZ YESI FERNANDA	1	0			N																		230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	0	EPS010	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0	
7	CC	1214743333	ENRIQUEZ REVELO JOSE DANIEL	1	0			N																		230301	4.088.000	654.100	0	0	0	0	0	EPS041	4.088.000	511.000	14-23	4.088.000	3	99.600	CCF35	4.088.000	163.600	4.088.000	81.800	122.700	0	0	
8	CC	12798862	CIFUENTES PERLAZA LADIMIR	1	0			N																		231001	806.650	129.100	0	0	0	0	0	ESSC62	806.650	100.900	14-23	806.650	3	19.700	CCF35	806.650	32.300	806.650	16.200	24.200	0	0	
9	CC	12798862	CIFUENTES PERLAZA LADIMIR	1	0			N																		231001	616.850	98.700	0	0	0	0	0	ESSC62	616.850	77.200	14-23	616.850	3	0	CCF35	616.850	0	0	0	0	0	0	
10	CC	1086052043	OROBIO GARCÉS YEISON	1	0			N																		230301	1.644.719	263.200	0	0	0	0	0	ESSC62	1.644.719	205.600	14-23	1.644.719	3	40.100	CCF35	1.644.719	65.800	1.644.719	32.900	49.400	0	0	
11	CC	1086193866	ESTUPIÑAN ESTERILLA WILLIAM	1	0			N																		230301	1.928.354	308.600	0	0	0	0	0	EPS037	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0	
12	CC	1114390491	MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA	1	0			N																		230301	4.458.495	713.400	0	0	0	0	0	EPS018	4.458.495	557.400	14-23	4.458.495	3	108.700	CCF35	4.458.495	178.400	4.458.495	89.200	133.800	0	0	
13	CC	1130644306	RIASCOS MONTAÑO LUIS HERNANDO	1	0			N																		230201	2.916.376	466.700	0	0	0	0	0	EPS037	2.916.376	364.600	14-23	2.916.376	3	71.100	CCF35	2.916.376	116.700	2.916.376	58.400	87.500	0	0	
14	CC	1143972868	JIMENEZ MICOLTA XIMENA	1	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	ESSC62	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0	
15	CC	36810594	SINISTERRA CIFUENTES NELSY	1	0			N																		25-14	1.549.804	248.000	0	0	0	0	0	0	EPS010	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0
16	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N																		230301	379.600	60.800	0	0	0	0	0	0	EPS037	379.600	47.500	14-23	379.600	3	9.300	CCF35	379.600	15.200	379.600	7.600	11.400	0	0
17	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N																		230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.043.900	130.500	14-23	1.043.900	3	0	CCF35	1.043.900	0	0	0	0	0	0
18	CC	12797570	CETRE TORRES ARNULFO	1	0			N																		230301	1.470.478	235.300	0	0	0	0	0	0	ESSC62	1.470.478	183.900	14-23	1.470.478	3	35.900	CCF35	1.470.478	58.900	1.470.478	29.500	44.200	0	0
19	CC	12797570	CETRE TORRES ARNULFO	1	0			N																		230301	2.539.917	406.400	0	0	0	0	0	0	ESSC62	2.539.917	317.500	14-23	2.539.917	3	0	CCF35	2.539.917	101.600	2.539.917	50.800	76.200	0	0
20	CC	12797842	LLOBERA CASTRO MARKI HERICH	1	0			N																		230301	1.549.804	248.000	0	0	0	0	0	0	EPS002	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0
21	CC	12798356	SEGURA PERLAZA ISAAC VICENTE	1	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
22	CC	12798635	GRANJA GUERRERO EDILBERTO	1	0			N																		230301	427.050	68.400	0	0	0	0	0	0	EPS037	427.050	53.400	14-23	427.050	3	10.500	CCF35	427.050	17.100	427.050	8.600	12.900	0	0
23	CC	12798635	GRANJA GUERRERO EDILBERTO	1	0			N																		230301	996.450	159.500	0	0	0	0	0	0	EPS037	996.450	124.600	14-23	996.450	3	0	CCF35	996.450	39.900	996.450	20.000	29.900	0	0
24	CC	36811277	IBARBO CUERO CELIA CRUZ	1	0			N																		25-14	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	0	EPS012	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
25	CC	16508612	VIVAS HURTADO LIDER	1	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
26	CC	27504496	QUÍÑONEZ PRADO DAYSI	1	0			N																		25-14	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	0	ESSC18	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
27	CC	31588522	GARZON RODRIGUEZ JASMIN	1	0			N																		230301	1.493.019	238.900	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
28	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N																		230301	436.550	69.900	0	0	0	0	0	0	EPS002	436.550	54.600	14-23	436.550	3	10.700	CCF35	436.550	17.500	436.550	8.800	13.100	0	0
29	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N																		230301	1.018.617	163.000	0	0	0	0	0	0	EPS002	1.018.617	127.400	14-23	1.018.617	3	0	CCF35	1.018.617	0	0	0	0	0	0
30	CC	36810304	MONTAÑO TORRES INES	1	0			N																		230301	1.455.166	232.900	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
31	CC	94445272	CETRE TORRES ARCESIO	1	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
32	CC	36810882	GONGORA MINOTTA BENILDA	1	0			N																		230																							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84625344	37
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$32.176.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Entregado	Cotiz. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIN	SAE	UMA	VAC	AVP	AVP	VCT	RL	CONSEJO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
40	CC	5219932	MONTAÑO CUERO ANGEL SOFIO	1	0			N																		230301	4.010.394	641.700	0	0	0	0	EPS037	4.010.394	501.300	14-23	4.010.394	3	97.700	CCF35	4.010.394	160.500	4.010.394	80.300	120.400	0	0
41	CC	59685845	ANGULO GARCES DINA LUZ	1	0			N																		230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	EPS037	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0
42	CC	66747466	MINA MORENO LUZ YANETH	1	0			N																		230301	1.305.327	208.900	0	0	0	0	EPS042	1.305.327	163.200	14-23	1.305.327	3	31.800	CCF35	1.305.327	52.300	1.305.327	26.200	39.200	0	0
43	CC	66747466	MINA MORENO LUZ YANETH	1	0			N													X					230301	3.045.763	487.400	0	0	0	0	EPS042	3.045.763	380.800	14-23	3.045.763	3	0	CCF35	3.045.763	121.900	3.045.763	61.000	91.400	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-03	E	04/04/2025	85393466	\$32.430.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.800	0		0		0	0	0	0	375.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.284.700	0		0		0	0	0	0	1.284.700	4
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	359.900	0		0		0	0	0	0	359.900	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	557.400	0		0		0	0	0	0	557.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.823.200	0		0		0	0	0	0	3.823.200	15
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	511.000	0		0		0	0	0	0	511.000	1
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	543.900	0		0		0	0	0	0	543.900	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.090.500	0		0		0	0	0	0	1.090.500	4
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	241.100	0		0		0	0	0	0	241.100	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.249.600	0		0		0	0	0	0	1.249.600	5

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.173.100	0	0	0	0	0	0		1.173.100	3
230301	Porvenir	800224808-8	10.489.600	0	0	0	0	0	0		10.489.600	29
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.184.700	0	0	0	0	0	0		1.184.700	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.905.000				1.905.000	0	0	1.905.000			19.050	1.905.000	37

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	3.215.100	0	0	3.215.100	37

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.608.300	0	0	1.608.300	37
ICBF				
2.411.800	0	0	2.411.800	37
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	04/04/2025	85393466	\$32.430.500	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	11	10.215.100	10.215.100
Pensión	4	13.075.200	13.075.200
Riesgos Laborales	1	1.905.000	1.905.000
CCF	1	3.215.100	3.215.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.411.800	2.411.800
MEN	0	0	0
SENA	1	1.608.300	1.608.300
TOTALES	19	32.430.500	32.430.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	04/04/2025	85393466	\$32.430.500	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA		
NO							

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-04					2025-03	
					E	
					04/04/2025	
					85393466	
					\$32.430.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Constante	Subtipo	Extranjero	Colombiano	Exteriorizado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SIN	KSE	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC	1004536399	RIASCOS ROSERO SANDRA GISELA	1	0			N																	230201	2.920.659	365.100	14-23	2.920.659	3	71.200	CCF35	2.920.659	116.900	2.920.659	58.500	87.700	0	0					
2	CC	1004536547	MONTAÑO RIASCOS MAIRA ALEJANDRA	1	0			N																	230301	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0					
3	CC	1004536763	CUERO TENORIO NURY'S MABELIS	1	0			N																	230301	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0					
4	CC	1004537347	RIASCOS ROSERO DIEGO HERNANDO	1	0			N																	230301	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0					
5	CC	1086042018	CIFUENTES SINISTERRA SANDRA PATRICIA	1	0			N																	230201	398.139	63.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
6	CC	1086042018	CIFUENTES SINISTERRA SANDRA PATRICIA	1	0			N												X					230201	1.094.881	175.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
7	CC	1086048605	ANGULO SANCHEZ YESI FERNANDA	1	0			N																	230301	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0					
8	CC	1086052043	OROBIO GARCÉS YEISON	1	0			N																	230301	1.644.719	205.600	14-23	1.644.719	3	40.100	CCF35	1.644.719	65.800	1.644.719	32.900	49.400	0	0					
9	CC	1086193866	ESTUPIÑAN ESTERILLA WILLIAM	1	0			N																	230301	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0					
10	CC	1114390491	MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA	1	0			N																	230301	4.458.495	557.400	14-23	4.458.495	3	108.700	CCF35	4.458.495	178.400	4.458.495	89.200	133.800	0	0					
11	CC	1130644306	RIASCOS MONTAÑO LUIS HERNANDO	1	0			N																	230201	2.916.376	364.600	14-23	2.916.376	3	71.100	CCF35	2.916.376	116.700	2.916.376	58.400	87.500	0	0					
12	CC	1143972868	JIMENEZ MICOLTA XIMENA	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
13	CC	1214743333	ENRIQUEZ REVELO JOSE DANIEL	1	0			N																	230301	4.088.000	511.000	14-23	4.088.000	3	99.600	CCF35	4.088.000	163.600	4.088.000	81.800	122.700	0	0					
14	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N																	230301	759.200	94.900	14-23	759.200	3	18.500	CCF35	759.200	30.400	759.200	15.200	22.800	0	0					
15	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N								X									230301	664.300	106.300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	CC	12797570	CETRE TORRES ARNULFO	1	0			N																	230301	4.010.394	501.300	14-23	4.010.394	3	97.700	CCF35	4.010.394	160.500	4.010.394	80.300	120.400	0	0					
17	CC	12797842	LLOBERA CASTRO MARKI HERICH	1	0			N																	230301	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0					
18	CC	12798356	SEGURA PERLAZA ISAAC VICENTE	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
19	CC	12798635	GRANJA GUERRERO EDILBERTO	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
20	CC	12798862	CIFUENTES PERLAZA LADIMIR	1	0			N																	231001	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
21	CC	16508612	VIVAS HURTADO LIDER	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
22	CC	27504496	QUIRÓNEZ PRADO DAYSI	1	0			N																	25-14	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
23	CC	31588522	GARZON RODRIGUEZ JASMIN	1	0			N																	230301	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0					
24	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N																	230301	727.583	91.000	14-23	727.583	3	17.800	CCF35	727.583	29.200	727.583	14.600	21.900	0	0					
25	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N									X								230301	727.583	91.000	14-23	727.583	3	0	CCF35	727.583	0	0	0	0	0	0	0	0			
26	CC	36810304	MONTAÑO TORRES INES	1	0			N																	230301	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
27	CC	36810594	SINISTERRA CIFUENTES NELSY	1	0			N																	25-14	1.549.804	193.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0					
28	CC	36810882	GONGORA MINOTTA BENILDA	1	0			N																	230301	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
29	CC	36810992	HURTADO CIFUENTES LUZ MARIA	1	0			N																	230301	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
30	CC	36811051	CIFUENTES CAMPAZ DORA LILIA	1	0			N																	230301	388.045	62.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
31	CC	36811051	CIFUENTES CAMPAZ DORA LILIA	1	0			N													X				230301	1.067.122	170.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	CC	36811217	SANCHEZ RENGIFO BETTY YANETH	1	0			N																	230301	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
33	CC	36811235	CUERO RENTERIA ROSA	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
34	CC	36811277	IBARBO CUERO CELIA CRUZ	1	0			N																	25-14	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0					
35	CC	36811280	OBANDO MOSQUERA ROSANA	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
36	CC	36812060	CASTRO ESTUPIÑAN YULY XIMENA	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
37	CC	5219932	MONTAÑO CUERO ANGEL SOFIO	1	0			N																	230301	4.010.394	641.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38	CC	59685845	ANGULO GARCES DINA LUZ	1	0			N																	230301	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0					
39	CC	66747466	MINA MORENO LUZ YANETH	1	0			N																	230301	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0					
40	CC	94445272	CETRE TORRES ARCESIO	1	0			N																	230301	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0					
41	CC	94488968	CUERO GONGORA ARNOL GERONIMO	1	0																																							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					37 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86194899	\$32.281.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.900	0		0		0	0	0	0	375.900	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.284.800	0		0		0	0	0	0	1.284.800	4
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	359.900	0		0		0	0	0	0	359.900	2
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	557.400	0		0		0	0	0	0	557.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	4.334.300	0		0		0	0	0	0	4.334.300	16
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	543.900	0		0		0	0	0	0	543.900	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.090.500	0		0		0	0	0	0	1.090.500	4
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	241.100	0		0		0	0	0	0	241.100	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.249.600	0		0		0	0	0	0	1.249.600	5

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.173.000	0	0	0	0	0	0		1.173.000	3
230301	Porvenir	800224808-8	10.489.900	0	0	0	0	0	0		10.489.900	29
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.184.700	0	0	0	0	0	0		1.184.700	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.741.800				1.741.800	0	0	1.741.800			17.418	1.741.800	37

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	3.221.400	0	0	3.221.400	37

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.611.600	0	0	1.611.600	37
ICBF				
2.416.300	0	0	2.416.300	37
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86194899	\$32.281.900	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	10	10.215.400	10.215.400
Pensión	4	13.075.400	13.075.400
Riesgos Laborales	1	1.741.800	1.741.800
CCF	1	3.221.400	3.221.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.416.300	2.416.300
MEN	0	0	0
SENA	1	1.611.600	1.611.600
TOTALES	18	32.281.900	32.281.900

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFIJENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA		
							NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-05					\$32.281.900	

DETALLE POR COTIZANTE

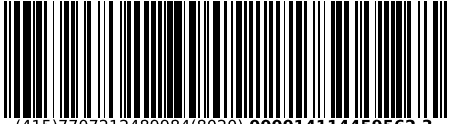
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	ISE	SLN	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	UNA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1004536399	RIASCOS ROSERO SANDRA GISELA	1	0			N																			EPS010	2.920.659	365.100	14-23	2.920.659	3	71.200	CCF35	2.920.659	116.900	2.920.659	58.500	87.700	0	0
2	CC	1004536547	MONTAÑO RIASCOS MAIRA ALEJANDRA	1	0			N																			ESSC24	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0
3	CC	1004536763	CUERO TENORIO NURY'S IABELIS	1	0			N																			ESSC62	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
4	CC	1004537347	RIASCOS ROSERO DIEGO HERNANDO	1	0			N																			ESSC18	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0
5	CC	1086042018	CIFUENTES SINISTERRA SANDRA PATRICIA	1	0			N																			ESSC18	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
6	CC	1086048605	ANGULO SANCHEZ YESI FERNANDA	1	0			N																			EPS010	1.015.255	127.000	14-23	1.015.255	3	24.800	CCF35	1.015.255	40.700	1.015.255	20.400	30.500	0	0
7	CC	1086048605	ANGULO SANCHEZ YESI FERNANDA	1	0			N											X								EPS010	3.335.835	417.000	14-23	3.335.835	3	0	CCF35	3.335.835	133.500	3.335.835	66.800	100.100	0	0
8	CC	1086052043	OROBIO GARCES YEISON	1	0			N																			ESSC62	1.644.719	205.600	14-23	1.644.719	3	40.100	CCF35	1.644.719	65.800	1.644.719	32.900	49.400	0	0
9	CC	1086193866	ESTUPIÑAN ESTERILLA WILLIAM	1	0			N																			EPS037	1.928.354	241.100	14-23	1.928.354	3	47.000	CCF35	1.928.354	77.200	1.928.354	38.600	57.900	0	0
10	CC	1114390491	MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA	1	0			N																			EPS018	4.458.495	557.400	14-23	4.458.495	3	108.700	CCF35	4.458.495	178.400	4.458.495	89.200	133.800	0	0
11	CC	1130644306	RIASCOS MONTAÑO LUIS HERNANDO	1	0			N																			EPS037	2.916.376	364.600	14-23	2.916.376	3	71.100	CCF35	2.916.376	116.700	2.916.376	58.400	87.500	0	0
12	CC	1143972868	JIMENEZ MICOLTA XIMENA	1	0			N																			ESSC62	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
13	CC	1214743333	ENRIQUEZ REVELO JOSE DANIEL	1	0			N																			EPS037	4.088.000	511.000	14-23	4.088.000	3	99.600	CCF35	4.088.000	163.600	4.088.000	81.800	122.700	0	0
14	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N																			EPS037	332.150	41.600	14-23	332.150	3	8.100	CCF35	332.150	13.300	332.150	6.700	10.000	0	0
15	CC	12796792	CASTRO OROBIO SADOT	1	0			N										X									EPS037	1.091.350	174.700	14-23	1.091.350	3	0	CCF35	1.091.350	0	0	0	0	0	0
16	CC	12797570	CETRE TORRES ARNULFO	1	0			N																			ESSC62	4.010.394	641.700	14-23	4.010.394	3	97.700	CCF35	4.010.394	160.500	4.010.394	80.300	120.400	0	0
17	CC	12797842	LLOBERA CASTRO MARKI HERICH	1	0			N																			EPS002	361.621	57.900	14-23	361.621	3	8.900	CCF35	361.621	14.500	361.621	7.300	10.900	0	0
18	CC	12797842	LLOBERA CASTRO MARKI HERICH	1	0			N											X								EPS002	1.188.184	190.200	14-23	1.188.184	3	0	CCF35	1.188.184	47.600	1.188.184	23.800	35.700	0	0
19	CC	12798356	SEGURA PERLAZA ISAAC VICENTE	1	0			N												X							EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	0	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
20	CC	12798635	GRANJA GUERRERO EDILBERTO	1	0			N																			EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
21	CC	12798862	CIFUENTES PERLAZA LADIMIR	1	0			N																			ESSC62	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
22	CC	16508612	VIVAS HURTADO LIDER	1	0			N																			EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
23	CC	27504496	QUIÑONEZ PRADO DAYSI	1	0			N																			ESSC18	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
24	CC	31588522	GARZON RODRIGUEZ JASMIN	1	0			N																			EPS037	1.493.019	186.700	14-23	1.493.019	3	36.400	CCF35	1.493.019	59.800	1.493.019	29.900	44.800	0	0
25	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N																			EPS002	1.309.650	163.800	14-23	1.309.650	3	32.000	CCF35	1.309.650	52.400	1.309.650	26.200	39.300	0	0
26	CC	36810054	PAYAN SANCHEZ PAULA ALICIA	1	0			N										X									EPS002	145.517	23.300	14-23	145.517	3	0	CCF35	145.517	0	0	0	0	0	0
27	CC	36810304	MONTAÑO TORRES INES	1	0			N																			EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
28	CC	36810594	SINISTERRA CIFUENTES NELSY	1	0			N																			EPS010	1.549.804	194.800	14-23	1.549.804	3	37.800	CCF35	1.549.804	62.000	1.549.804	31.000	46.500	0	0
29	CC	36810882	GONGORA MINOTTA BENILDA	1	0			N																			EPS010	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
30	CC	36810992	HURTADO CIFUENTES LUZ MARIA	1	0			N																			EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
31	CC	36811051	CIFUENTES CAMPAZ DORA LILIA	1	0			N																			EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
32	CC	36811217	SANCHEZ RENGIFO BETTY YANETH	1	0			N																			EPS037	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
33	CC	36811235	CUERO RENTERIA ROSA	1	0			N																			EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
34	CC	36811277	IBARBO CUERO CELIA CRUZ	1	0			N																			EPS012	1.455.166	181.900	14-23	1.455.166	3	35.500	CCF35	1.455.166	58.300	1.455.166	29.200	43.700	0	0
35	CC	36811280	OBANDO MOSQUERA ROSANA	1	0			N																			EPS012	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
36	CC	36812060	CASTRO ESTUPIÑAN YULY XIMENA	1	0			N																			ESSC18	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
37	CC	5219932	MONTAÑO CUERO ANGEL SOFIO	1	0			N																			EPS037	935.759	117.000	14-23	935.759	3	22.800	CCF35	935.759	37.500	935.759	18.800	28.100	0	0
38	CC	5219932	MONTAÑO CUERO ANGEL SOFIO	1	0			N											X								EPS037	3.074.636	492.000	14-23	3.074.636	3	0	CCF35							

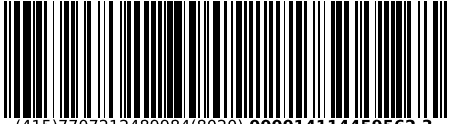
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900127853-7	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE		CALLE ARENA	3147895818	olayaherreraese@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	OLAYA HERRERA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

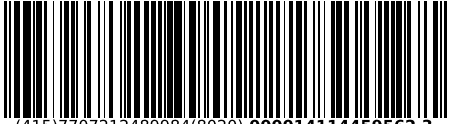
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86194899	37
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$32.281.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subtipo	Entregado	Columna exterior	Entregado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIN	ATE	UMA	UMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONSECCON	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
40	CC	66747466	MINA MORENO LUZ YANETH				1	0		N																			230301	4.351.089	696.200	0	0	0	0	0	EPS042	4.351.089	543.900	14-23	4.351.089	3	106.000	CCF35	4.351.089	174.100	4.351.089	87.100	130.600	0	0
41	CC	94445272	CETRE TORRES ARCESIO				1	0		N																			230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF35	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
42	CC	94488968	CUERO GONGORA ARNOL GERONIMO				1	0	N	N																			25-14	2.942.876	470.900	0	0	0	0	0	EPS037	2.942.876	367.900	14-23	2.942.876	3	71.700	CCF35	2.942.876	117.800	2.942.876	58.900	88.300	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141144595623			
				 (415)7707212489984(8020) 000014114459562 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 1 2 7 8 5 3		7		Impuestos y Aduanas de Pasto		1 4	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona jurídica		1					
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social							
CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E							
36. Nombre comercial				37. Sigla			
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Nariño		Olaya Herrera		4 9 0	
1 6 9		5 2					
41. Dirección principal							
BRR NUEVA ESPERANZA TRES CON CALLE LA ARENA							
42. Correo electrónico olayaherreraese@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 1 7 3 0 4 2 9 3		3 1 6 5 0 5 6 0 4 9	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
8 6 1 0		2 0 0 7 0 1 0 2		50. Código		51. Código	
				1 2			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
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							
53. Código 6 7 8 1 4 1 6 4 2 5 2							
06- Ingresos y patrimonio.							
07- Retención en la fuente a título de rent							
08- Retención timbre nacional							
14- Informante de exogena							
16- Obligación facturar por ingresos bienes							
42- Obligado a llevar contabilidad							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
54. Código				57. Modo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA			
				985. Cargo Representante legal Certificado			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141144595623			
 (415)7707212489984(8020) 000014114459562 3							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 1 2 7 8 5 3		7		Impuestos y Aduanas de Pasto		1 4	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		3		63. Formas asociativas			
65. Fondos				66. Cooperativas			
68. Sin personería jurídica				69. Otras organizaciones no clasificadas		1 3	
				64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
				67. Sociedades y organismos extranjeros			
				70. Beneficio		1	
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 3					
72. Número		2 5 3					
73. Fecha		2 0 0 7 0 1 0 2					
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 1					
76. Fecha de registro		2 0 0 7 0 1 0 2					
77. No. Matrícula mercantil							
78. Departamento		5 2					
79. Ciudad/Municipio		4 9 0					
Vigencia							
80. Desde		2 0 0 7 0 1 0 2					
81. Hasta		2 0 9 9 1 2 3 1					
Composición del Capital							
82. Nacional		0 %					
83. Nacional público		0 . 0 %					
84. Nacional privado		0 . 0 %					
85. Extranjero		0 %					
86. Extranjero público		0 . 0 %					
87. Extranjero privado		0 . 0 %					
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Superintendencia Nacional de Salud							
1 0							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1	8 3	2 0 1 6 0 6 2 4		-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 3 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141144595623			
				 (415)7707212489984(8020) 000014114459562 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 1 2 7 8 5 3		7		Impuestos y Aduanas de Pasto		1 4	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 0 4 0 1			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 1 1 1 4 3 9 0 4 9 1		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido MADRID		105. Segundo apellido LONDOÑO		106. Primer nombre LUISA		107. Otros nombres FERNANDA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			

Certificado Bancario

Miércoles, 27 de enero de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES identificado(a) con NIT 900127853, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	84333232312	2007/05/08	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



**LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO
CIFUENTES DEL MUNICIPIO DE OLAYA HERRERA**

CERTIFICA

El Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes ESE, para el primer trimestre 2025 realizo reporte de la resolución 256 del 2016 los indicadores de calidad a través de la Plataforma PISIS de forma trimestral. Se anexa cuadro resumen de indicadores.

VARIABLE	CANTIDAD	RESULTADO
P.3.1 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	7.715	1
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas	7.715	

Para constancia se firma en Olaya Herrera a los 30 días del mes de abril de 2025

Cordialmente,

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
Representante legal E.S.E
C.C. 1.114.390.491

Olaya Herrera, abril 30 de 2.025

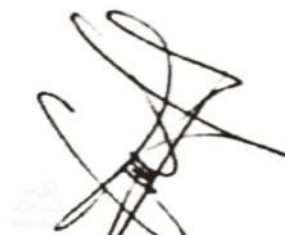
LA DIRECCIÓN LOCAL DEL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
OLAYA HEREREA- NARIÑO

CERTIFICA:

Que una vez realizada la CONSULTA en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. El CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E., identificado con NIT 900127853-7 y código de prestador No 5249001485 realizo la atención de todos los servicios en los horarios establecidos y reportados en el REPS.

Para el primer Trimestre 2025, del trimestre comprendido entre enero y marzo, con corte a 30 de abril 2025, no se reportó el cierre de los servicios habilitados en REPS correspondientes a 90 días.

Expedida en Olaya Herrera a los 30 días del mes de abril del año 2025



EVERTH ZADIEL PAYAN VILLA
DIRECTOR LOCAL DE SALUD
OLAYA HERRERA

contactenos@olayaherrera-nariño.gov.co
www.olayaherrera-nariño.gov.co
BOCAS DE SATINGA



República de Colombia
E.S.E. Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes
Nit 900.127.853-7

Olaya Herrera, 30 de abril de 2.025

LA SUSCRITA CONTADORA Y GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO “CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES DEL MUNICIPIO DE OLAYA HERRERA”

CERTIFICAN QUE:

En los estados contables básicos de la ESE CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES con corte a 31 de marzo se puede verificar los indicadores de Gestión Financiera propuestos en cumplimiento de la Resolución 484 de 2024:

CUENTA	SALDO CON CORTE A 31/03/25
Valor de Gastos de operación para la prestación de los servicios de salud	\$ 306.676.818
Valor de los ingresos corrientes	\$ 4.862.045.083

La presente certificación se expide por solicitud del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para el trámite del pago trimestral, de los recursos del Convenio de SGP- oferta suscrito entre la ESE y el IDSN.

CONTADOR ESE:

LEIDY BENAVIDES
T.P.223953-T

GERENTE ESE:

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
C.C 1.114.390.491



República de Colombia
E.S.E. Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes
Nit 900.127.853-7



República de Colombia
E.S.E. Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes
Nit 900.127.853-7

Olaya Herrera, 30 de abril de 2.025

LA SUSCRITA CONTADORA Y GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO “CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES DEL MUNICIPIO DE OLAYA HERRERA”

CERTIFICAN QUE:

En los estados contables básicos de la ESE CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES con corte a 31 de marzo se puede verificar los indicadores de Gestión Financiera propuestos en cumplimiento de la Resolución 484 de 2024:

CUENTA	SALDO CON CORTE A 31/03/25
Valor de Gastos de operación para la prestación de los servicios de salud	\$ 306.676.818
Valor de los ingresos corrientes	\$ 4.862.045.083

La presente certificación se expide por solicitud del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para el trámite del pago trimestral, de los recursos del Convenio de SGP- oferta suscrito entre la ESE y el IDSN.

CONTADOR ESE:

LEIDY BENAVIDES
T.P.223953-T

GERENTE ESE:

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
C.C 1.114.390.491



República de Colombia
E.S.E. Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes
Nit 900.127.853-7

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6601507764

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000086 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660	RAMO: 88	PAP:					
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
23	07	2024	23:59	30	06	2024	23:59	30	06	2025	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
				A LAS				DÍAS			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS
	30	06	2024	23:59	30	06	2025	23:59	365	
	VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				A LAS	

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.127.853-7
DIRECCIÓN: AVENIDA LOS ESTUDIANTES CALLE LAS FLORES	Ciudad: OLAYA HERRERA, NARIÑO
	TELÉFONO: 7467177

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.127.853-7
DIRECCIÓN: AVENIDA LOS ESTUDIANTES CALLE LAS FLORES	Ciudad: OLAYA HERRERA, NARIÑO
	TELÉFONO: 7467177
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: NARIÑO
	Ciudad: OLAYA HERRERA
DIRECCIÓN: AVENIDA O No. 0-0 LOS ESTUDIANTES CALLE LAS FLORES	
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 400,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	400,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	400,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	400,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	400,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00
	LIMITES POR EVENTO
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 900127853 - CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.
ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: MUNICIPIO DE OLAYA HERRERA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 0

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 30 del mes de junio del año 2024 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****400,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****11,200,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,130,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****13,345,850
---	------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
JAL SEGUROS LTDA	7260		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660150776	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

C8DE20790A0F8E7959 CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No POLIZA: 994000000086 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACION: NIT 900.127.853-7

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACION: NIT 900.127.853-7

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACION: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OBJETO DEL SEGURO:

Ostorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Medica a las Clinicas, Hospitales y Centros Medicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada aparato, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según Clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENRA-CL-SUSSO-38-0031 y 18/06/2021-1502-NT-P-36-180621MGG170170

CL-SUSSO-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los aparos de la póliza en sus aparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE: 30 de junio de 2022, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

* Responsabilidad Civil Profesional Medica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

* Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

- o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- o Posesión y el uso de aparos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- o Suministro de medicamentos.
- o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

* Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizará al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren aparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

- o Por Proceso: COP \$ 5.000.000.
- o Por Evento: COP \$ 10.000.000.

* Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$5.000.000 por evento / COP \$10.000.000 vigencia.

* Costos del Proceso: según folio judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

* Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

* Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clinicas, hospitales y centros médicos, sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No POLIZA: 994000000086 ANEXO: C

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACIÓN NIT: 900.127.853-7

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACIÓN NIT: 900.127.853-7

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN NIT: 001-8

TEXTO ITEM 1

* Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublimite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en carátula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previsorio en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

* Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublimite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

* Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublimite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

* Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublimite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

* Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublimite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material ocasionados por la póliza, basados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Psicológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublimite se incluye el lucro cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

* Clausula de Revocación: treinta (30) días.

* Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

* No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

* Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

* Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

* Definición de Sublimite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

* Clausula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres Arbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

* Clausula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

* Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

* TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

* TODOS LOS AMPAROS, LÍMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulas) del seguro, se adicionan las siguientes:

* Asegurado contra Asegurado.

* Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

* Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

* Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/o origen.

* Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

* Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como: RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (RPNM), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

* Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequatur en Colombia.

* Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

Nº POLIZA: 994000000086 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACION: NIT 900.127.853-7

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACION: NIT 900.127.853-7

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACION: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
 " Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costas y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
 " Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/o omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
 " Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.
 " Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
 " Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2º - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2º - EXCLUSIONES

6. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FERTILIZACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEQUEN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

" EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

" CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (i) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumida por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 80

Nº POLIZA: 994000000086 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACIÓN NIT: 900.127.853-7

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E.

IDENTIFICACIÓN NIT: 900.127.853-7

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN NIT: 001-8

TEXTO ITEM 1

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionada e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copia de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTÍAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTÍAS - del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.

VALOR(ES) ASEGURADO(ES): \$400.000.000.

CLIENTE



LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE CAMILO HURTADO CIFUENTES

CERTIFICA:

Que, la E.S.E CAMILO HURTADO CIFUENTES, cumplió a cabalidad con los indicadores definidos por la **RESOLUCION 857/2020**, y los soportes y la documentación podrán ser verificados en cualquier momento por el Supervisor del Contrato, el funcionario **VÍCTOR GIOVANNI MELO BURBANO**, Profesional Universitario del área de Gestión del Riesgo de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para efectos de seguimiento y el respectivo pago del Convenio interadministrativo para la vigencia 2025.

La presente certificación se firma, a los treinta (30) días del mes de Marzo del año 2025.

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
GERENTE
E.S.E CAMILO HURTADO CIFUENTES