INFORME DE SUPERVISIÓN No. 002 DEL CONTRATO No.236 DEL 2025 DEL 31 DE JULIO DE 2025, CON OTRO SI N°1 DEL 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2025, CON OTRO SI N° 2 DEL 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2025; SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Y MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-234-2025	
Contrato N°:	236-2025	
Término:	La duración del contrato será a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 7 de septiembre de 2025	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	01 de agosto del 2025	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	28 de octubre del 2025	
Valor Inicial	**$ 200.000.000**	
Otro si N° 1	MODIFICATORIO CLAUSULA NOVENA-PLAZO: HASTA EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.	
Otro si N° 2	VALOR: $100.000.000 PLAZO : 28 DE OCTUBRE DE 2025	
Contratista:	**MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS**	
NIT o Cedula de Ciudadanía	900505622-4	
Objeto del Contrato:	Suministro de insumos de asepsia para las áreas asistenciales y administrativas del Hospital Susana López de Valencia. E.S.E.	
Forma de pago:	El hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de las respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, ETC) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden del pago se le realizaran los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagara mediante los tramites administrativos establecidos por el hospital según procedimiento interno de pago de cuentas.	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	N°331 del 1 de julio de 2025 del contrato N° 452 del 23 de septiembre de 2025 Otros SI N°2	
No. Registro presupuestal	N°804 del 31 de julio de 2025 N° 995 del 26 de septiembre de 2025	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo del Médico Especialista German Jair Ardila Muñoz con apoyo que se designe, o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia.	
Período a que corresponde el informe	**DESDE**	**HASTA**
	NO APLICA	**NO APLICA**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	01 de agosto del 2025 30 de septiembre del 2025	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	09/2025
EPS		VALOR PAGADO	
ARL		VALOR PAGADO	
AFP		VALOR PAGADO	
VALOR TOTAL PLANILLA		PLANILLA No.	34637077
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	ASOPAGOS S.A. 06 de septiembre del 2025		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$200.000.000.00
OTRO SI N°2	$100.000.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$300.000.000.00
VALOR EJECUTADO	$199.982.074,00
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$ 31.978.000,00
SALDO A EJECUTAR	100.017.926,00

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

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

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

Susana López de Valencia ESE. **c).** En caso de presentarse desabastecimiento de algún producto contratado, el contratista deberá notificar las alternativas que puedan reemplazar dicho producto, el cual será aprobado por el Hospital. **d)** Las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 50% de la vida útil del dispositivo medico entregado, cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el ultimo día de vencimiento. **e)** Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación o concentración, que sea solicitada y al mismo laboratorio el cual fue contratado, si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio diferente al contratado y solicitado sera causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. **f)** Los productos que presenten no conformidades por calidad del producto o devueltos por fecha de vencimiento, entre otras cosas deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas hábiles siguientes a la entrega del dispositivo medico. Presentar factura con el lleno de requisitos de acuerdo a la normatividad vigente o a lo exigido por el tramite interno del hospital. **g)** Todos los producto entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, efectividad terapéutica, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros invima y fichas técnicas de ser pertinente. **h)** No ceder ni subcontratar los insumos objetos del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL **i)** El contratista entregara los equipos de comodato en calidad de comodato, una vez se legalice el contrato. **J)** Mantener en optimo funcionamiento los equipos en comodato durante el termino de contrato **k)** Entregar al área de almacén las fichas técnicas del comodato para generar un ciclo de vida si se presentarse defectos o desperfectos en el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno. **l)** informar por escrito en caso de desabastecimiento que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta backoder de desabastecimiento del laboratorio/soporte **m)** Dar soporte a los dispensadores entregados en comodato teniendo en cuenta la verificación de las medidas de dispensador y pilas que requiera el producto, si se presentarse defectos o desperfectos por parte del dispensador el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno a la institución **n)** El hospital goza de total autonomía de adicionar elementos excepcionalmente que no estén contemplados en el presente contrato pero que guarden relación con el presente objeto contractual, para lo cual el CONTRATISTA se obliga a suministrarlo dentro de los TRES (3) dias habiles siguientes a la solicitud subscrita por el supervisor y el subdirector científico, en las cantidades que se hayan determinado, para efectos de establecer el precio se realizará revisión de las cotizaciones adquiridas de los proveedores con los cuales se tiene contrato en el momento de		N.º219 del 5/09/2025

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

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

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

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

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N.º COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	VALOR DEL COMPROBANTE	N.º FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AI000000001225	05/09/2025	$31.978.000,00	FEMD19	05/09/2025	$31.978.000,00

8.CERTIFICACION DE PAGO:

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

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE	HASTA	
NO APLICA	NO APLICA	$31.978.000,00

El anterior informe se firma a los 9 días del mes de octubre del 2025.

GERMAN JAIR ARDILA MUÑOZ
Cc: 10.537.688
Supervisor del contrato

SILVIA ELENA ESPITIA VERGARA
Cc: 45.529.414
Suplente director técnico del servicio de farmacia

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

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001225

PROVEEDOR: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS **NIT:** 900505622 **FECHA:** 05/09/2025 02:52 p. m.

CIUDAD: POPAYAN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CARRERA 6 C 35 N 98 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3044817879 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FEMD19 **% ICA:** 6,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 05/09/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
D08AX080100	ALCOHOL ANTISEPTICO DE 70 G x 120 ML	FRASCO X 120 ML	50,00	$ 3.937,00	$ 196.850,00	0,00	0,00
DMW0000005	ALCOHOL ETILICO Y GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2 POR CIENTO BOLSA 30ML WESCOHEX 270	BOLSA	1.850,00	$ 7.416,00	$ 13.719.600,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	1.850,00	$ 9.763,00	$ 18.061.550,00	0,00	0,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	31978000,0000	639560,0000
PRODESARROLLO	2,0000	31978000,0000	639560,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	31978000,0000	479670,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	31978000,0000	959340,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	31978000,0000	319780,0000
PRO CULTURA	0,5000	31978000,0000	159890,0000

DETALLE

CONTRATO 236-2025

SUBTOTAL:	$ 31.978.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 191.868,00
RETE FUENTE:	$ 799.450,00
OTRAS RETE:	$ 3.197.800,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 27.788.882,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

COMPROBANTE ENTRADA

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

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

U CONFIRMA:512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

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

MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS

NIT: 900505622-4

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Jurídica

cra 6c #35N-98, Popayán, Cauca, Colombia

Tel. 3044817879

Email. medifarmadecolombiasas@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764070264672 válida desde 2024-05-06 hasta 2026-05-06 rango desde FEMD-1 hasta FEMD-50.

Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT :	891501676
Dirección:	
Teléfono:	6028211721
Email:	faseelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Efectivo
Fecha de Pago:	05/12/2025
Total de Lineas:	3

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FEMD - 19**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**14:41:04-05:00**
FECHA FIRMADO:	**05/09/2025 14:41:08**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
05	09	2025	05	12	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	221	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G X 120ML Lote: 7358 Rs:2020M-009828-R2 Fv:05/2027 Lab: Osa	94	50,00	$3.937,00				0,00	$196.850,00
2	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250109450 Rs:2021M-0016758-R1 Fv: 10/2026 Lab: Electroquimica west	94	1.850,00	$9.763,00				0,00	$18.061.550,00
3	117	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL30ML Lote: 250109841 Rs: 2019M-0013544-R1 Fv: 04/2027 Lab: Electroquimica west	94	1.850,00	$7.416,00				0,00	$13.719.600,00

Notas:

SON: (treinta y un millones novecientos setenta y ocho mil pesos)

CUFE: 2a88135234ebfca0128446917fc797df05b1c1f518060f67b360312e2a558d96ff729876967e4544cf8e5b82065b2083

Subtotal:	$31.978.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$31.978.000,00

Nury Estefany Chilito Orbes
HOSPITAL Suministros y Activos
5-09-2025
3 PM.

Firma Digital: Z+SHUCDG58oHa4+ZZS2AuvPhKuBwZJ5wZvezVVTgjkYj4D8XxTnOP/4tSLj/gHQf
C+LMxH27ExlgTj9o6W0B+oj3wnUK7L935bNqhuMZcSxPmBYBsB
erfg9Xhy4FeJUq c9pFcMnfMEGPOwliXs9Oa8YDjP93dYHvykMPI3lq7hSBR4FMWi0LEjsx46dURX3H KovZRxEyeCISktVgH1gNx5gpFfXxORgxLMO
sz3+B4qkZ2EyIBZOrbRMxKgltpOmF u0KIE/hOJutWf6uEFh0i8qgEIRygoqV9R/BsYwbVaL8+35UQM4cwDhqH7IRxkJoG xNwL1vmZzuX6duem1dVE
iw==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
219	5	9	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS **HORA** 3PM

Factura Nº: FEMD19 **Factura Vigente hasta:** 5/12/2025

											Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
No.	**Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)**	**Presentacion comercial**	**Registro Sanitario INVIMA**	**Laboratorio Fabricante**	**Lote**	**Vida Util dias**	**Fecha de vencimiento**	**Cantidad recibida**	**Cantidad solicitada**	**Muestra a verificar**	**Registro sanitario vigente**	**Condiciones de trasporte, manipulación**	**Inspección visual**	**Empaque (primario y secundario)**
1	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G *120ML	UNIDAD	2020M-009828-R2	OSA	7358	632	5/30/2027	50	50	50	C	C	C	C
2	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250109450	420	10/30/2026	1850	1850	50	C	C	C	C
3	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL 30ML	UNIDAD	2019M-0013544-R1	ELECTROQUIMICA WEST	250109841	602	4/30/2027	1850	1850	2	C	C	C	C

ELABORADO POR:

Firma

Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Firma

Quimico Farmaceutico

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-08	2025-09	34637077	E	2025-09-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	349.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34637077	2025-09-05	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot.	NOMBRE	IBC	Cot.	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1061794808	CAMPO MERA ADELAIDA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	SANITAS-EPS005	1.423.500	57.000	COMFACAUCA-CCF14	1.423.500	57.000	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	349.300	S	1464501

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-08	2025-09	34637077	E	2025-09-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	349.300	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34637077	2025-09-05	Pagada							

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

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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

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

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-08	230301	800224808	PORVENIR	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	57.000	0	57.000
Planilla Nro.:	34637077 Tipo E	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	7.500	0	7.500
Clase de aportante:	B	CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	0	57.000	0	57.000
Fecha transacción:	2025-09-05	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1755654018	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 349.300

PAGADO