**INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No.158 DEL 17 DE ABRIL DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y RX S.A.**

## 1. DATOS GENERALES

| | | |
|---|---|---|
| **No. De proceso** | HSLV-CD-155-2026 | |
| **Contrato N°:** | 158-2026 | |
| **Término:** | La duración del contrato será hasta el día (31) treinta y uno de julio de 2026, contados a partir de la suscripción del acta de inicio. | |
| **Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):** | 21 de abril del 2026. | |
| **Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):** | 31 de Julio del 2026 | |
| **Valor Inicial** | $286.000.000,00 | |
| **Otro si N°** | | |
| **Contratista:** | **RX S.A.** | |
| **NIT o Cedula de Ciudadanía** | 800.006.583-1 | |
| **Objeto del Contrato:** | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. | |
| **Forma de pago:** | El Hospital cancelara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de la respectiva factura con cumplimiento de las normas legales de la DIAN, radicada en la oficina de archivo la cual debe estar debidamente firmada por parte del proveedor y de quien recibe los elementos, para la firma de la certificación por parte del supervisor asignado. A la orden de pago se le realizará los descuentos de ley y el valor neto obtenido, se pagará mediante los trámites administrativos establecidos por el hospital según procedimiento interno de pago de cuentas. El hospital se reserva el derecho a descontar del valor de la factura entregada por el contratista el valor correspondiente de productos que no sean aceptados por el Hospital o que no cumplan con las condiciones específicas del contrato. | |
| **No. Fecha Disponibilidad Presupuestal** | N° 191 del 19 de marzo del 2026 | |
| **No. Registro presupuestal** | N° 361 del 17 de Abril del 2026 | |
| **Supervisor:** | Esta actividad estará a cargo la auxiliar administrativa LIDA LUXORA CASTRO LONDOÑO, con el apoyo que se designe o quien haga sus veces, quienes podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. | |
| **Período a que corresponde el informe** | **DESDE (23/04/2026)** | **HASTA (24/04/2026)** |
| | | |
| **Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).** | 21 de abril del 2026 | |

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No.158 DEL 17 DE ABRIL DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y RX S.A.

2. SEGURIDAD SOCIAL

| PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA) | | | |
|---|---|---|---|
| SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%) | | PERIODO COTIZADO | 22/04/2026 |
| EPS | 10 | VALOR PAGADO | $23.516..800 |
| ARL | 1 colmena | VALOR PAGADO | $11.125.200 |
| AFP | 4 | VALOR PAGADO | $57.719.200 |
| VALOR TOTAL PLANILLA | $112.060.400 | PLANILLA No. | 6016685208 |
| CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | Planilla integrada autoliquidación aportes comprobante de pago del 22/04/2026 | | |

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $286.000.000,00 |
| OTRO SI N° | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $286.000.000,00 |
| VALOR EJECUTADO | $ 58.833.850,00 |
| VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME | $ 58.833.850,00 |
| SALDO A LIBERAR | $227.166.150,00 |

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

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES REALIZADAS | SOPORTE |
|---|---|---|
| 1) Suministrar los medicamentos de forma debida y oportuna entendida dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud mediante llamada telefónica o solicitud por escrito por la persona autorizada por el Hospital. 2) Los elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando la siguiente información: - Número de lote de fabricación. - Fecha de vencimiento. - Registro INVIMA. - Laboratorio fabricante. Valor unitario. La descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del siguiente proceso. 3) Las fechas de vencimiento de los medicamentos no podrán ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado. Cuando técnicamente no sea posible cumplir esta condición, el hospital los recibirá previa comunicación de compromiso por parte del proveedor de que los recibirá hasta el último día de vencimiento. 4) Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, | Entrega de medicamentos de acuerdo a las obligaciones del contratista | Acta de recepción técnica de productos farmacéuticos<br><br>N°530 del 23/04/2026 |

| | | |
|---|---|---|
| efectividad terapéutica, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser pertinente. 5) 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 cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación por parte del supervisor del contrato. 6) Los medicamentos 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 contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. 7) En el evento que los medicamentos que hacen parte del listado del presente contrato sufran regulación de precios por políticas de control del gobierno Nacional a través de la Comisión Nacional de control de precios de medicamentos y dispositivos médicos. El contratista deberá notificar los cambios a la entidad y acogerse a los precios estipulados en circulares u otro mecanismo que determine el gobierno para tal fin, lo cual no será impedimento o excusa por parte del contratista para seguir suministrando los medicamentos. 8) El contratista se obliga con el HOSPITAL a recibir por el cien por ciento (100%) de su valor y para efectos de cambio o notas de crédito todos los medicamentos próximos a vencerse cuantificado por unidades independientemente si el contrato se encuentra ejecutado o pendiente por liquidar para lo cual el hospital realizara el reporte con 1 año de anterioridad al vencimiento del producto. 9) Informar cuando se haya agotado el monto del contrato en un 60%. 10) No ceder ni subcontratar el suministro objeto del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL. 11) Los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista. 12) Informar por escrito en caso de desabastecimiento de medicamentos que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta backorder de desabastecimiento del laboratorio/ soporte. 13) En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un medicamento nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el Comité de Farmacia y Terapéutica, el HOSPITAL tendrá plena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos medicamentos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentren contemplados en la relación establecida en el presente proceso. Para tal efecto, el CONTRATISTA deberá presentar una certificación en la que conste su calidad de distribuidor exclusivo, o contar con autorización expresa del laboratorio, del fabricante correspondiente o del importador del nuevo producto. El CONTRATISTA se compromete a suministrar los medicamentos requeridos por el HOSPITAL en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud formal, debidamente firmada por el director técnico del Servicio Farmacéutico, el Supervisor del contrato y el subdirector Científico, en las cantidades definidas en dicha solicitud. Para la determinación del precio, se deberán obtener al menos dos (2) cotizaciones diferentes, y se verificará que los productos cumplan con las especificaciones técnicas exigidas por el HOSPITAL. En caso de tratarse de medicamentos de control especial o sujetos a regulación por parte del Gobierno Nacional, se aplicará lo dispuesto por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por las normas vigentes, especialmente en lo referente al precio máximo de venta. 14) El contratista debe ofertar productos que posean un uso histórico en la institución que garanticen la seguridad en el uso de medicamentos. Cuando se oferten marcas que no se hayan usado en la institución el contratista deberá certificar una prueba de | | |




VIGILADO Supersalud

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No.158 DEL 17 DE ABRIL DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y RX S.A.

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AG000000031841 | 24/04/2026 | $58.833.850 | CLO25741 | 23/04/2026 | $58.833.850 |

8.CERTIFICACIÓN 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 (23/04/2026) | HASTA (24/04/2026) | |
| | | $ 58.833.850,00 |

El anterior informe se firma a los 29 días del mes de Abril del 2026.

Lida luxora castro l.

LIDA LUXORA CASTRO LONDOÑO
Cc: 34.317.462
Supervisor del contrato

*Proyectó: Deysi Sotelo-afiliado participe-ASIES*
*Revisó: Pablo cesar ante Piamba-afiliado participe-ASIES*
*Aprobó: Lida luxora castro londoño - Aux administrativa*

# COMPROBANTE ENTRADA
# Nº AG000000031841

**PROVEEDOR:** RX S.A. **NIT:** 800006583 **FECHA:** 24/04/2026 09:13 a. m.

**CIUDAD:** CALI (VALLE) **ESTADO:** Confirmado

**DIRECCION:** CALLE 17A 106 299 CA 3 **MONEDA:** Pesos

**TELEFONO:** 3117466042 **TASA CAM:** 0,00

**Nº FACTURA:** CLO25741 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 23/04/2026 12:00 a. m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V08AB110003 | IOBITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 350MG POR ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 200 ML | FRASCO X 200 ML | 100,00 | $302.177,00 | $30.217.700,00 | 0,00 | 0,00 |
| V08AB11000 | IOBITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 300mg mL SOLUCION INYECTABLE Frasco x 50mL | VIAL | 50,00 | $80.545,00 | $4.027.250,00 | 0,00 | 0,00 |
| V08AB110001 | IOBITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 350MG POR ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 100 ML | VIAL | 150,00 | $163.926,00 | $24.588.900,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
|---|---|---|---|
| PROELECTRIFICACION | 2,0000 | 58833850,0000 | 1176677,0000 |
| **CONCEPTO DE RETENCION** | **%** | **Vlr. Base** | **Vlr. Retenido** |
| PRODESARROLLO | 2,0000 | 58833850,0000 | 1176677,0000 |
| **CONCEPTO DE RETENCION** | **%** | **Vlr. Base** | **Vlr. Retenido** |
| TASA PRODEPORTES | 1,5000 | 58833850,0000 | 882508,0000 |
| **CONCEPTO DE RETENCION** | **%** | **Vlr. Base** | **Vlr. Retenido** |
| PRO ADULTO MAYOR | 3,0000 | 58833850,0000 | 1765016,0000 |
| **CONCEPTO DE RETENCION** | **%** | **Vlr. Base** | **Vlr. Retenido** |
| PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA | 1,0000 | 58833850,0000 | 588339,0000 |
| **CONCEPTO DE RETENCION** | **%** | **Vlr. Base** | **Vlr. Retenido** |
| PRO CULTURA | 0,5000 | 58833850,0000 | 294169,0000 |

**DETALLE**

SEGUN CONTRATO 158-2026

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $58.833.850,00 |
| **DESCUENTO:** | $0,00 |
| **IMPUESTO:** | $0,00 |
| **FLETES:** | $0,00 |
| **IMP FLETES:** | $0,00 |
| **RETE IVA:** | $0,00 |
| **RETE ICA:** | $0,00 |
| **RETE FUENTE:** | $1.470.846,00 |
| **OTRAS RETE:** | $5.883.386,00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $0,00 |
| **IMP DISTRI:** | $0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $51.479.618,00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

CINCUENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

# COMPROBANTE ENTRADA

Yina F Delgado A

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

Astrid A.

PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

**U CREACION:** 047 - YINA FERNANDA DELGADO **U CONFIRMA:**047 - YINA FERNANDA DELGADO

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

RX S.A.
NIT: 800006583-1
CL 17A # 106 - 299
PBX.(602)3161313
IVA REGIMEN COMUN
E-mail: rxprincipal@rxsa.co

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

**No. CLO25741**

Autorización Numeración de Facturación No. 18764105449099 Numeración: AUTORIZADA Rango desde: CLO25001 hasta: CLO50000 Vigencia desde: 03/02/2026 hasta: 03/02/2028 - 24 Meses

## Cliente

**Nombre:** HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**NIT** 891501676
**Dirección:** CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA
**Ciudad:** Popayán
**Teléfono:** 8386363 -8213893 -

**Fecha Exp:** 23/04/2026 12:00
**Fecha Validación:** 23/04/2026 9:28:55
**Fecha Vence:** 23/06/2026
**Forma de Pago:** CREDITO 60 DIAS
**Medio de Pago:**

**Número Pedido:** PV 00071171
**Vendedor:** LOPEZ VANEGAS ADRIAN ANDREY
**Número OC:**
**Remisión** RMV-00074733

| REG | Codigo | DESCRIPCION | LOTE / | VCTO. | U.M. | CANT | VR UNIT. | %DCTO | %IVA | VR IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 200030010 | XENETIX 300 x 50ML -REF.16211 | 25WC0402 | 5/31/2028 | UND | 50 | $80.545 | 0,00 | 0 % | $0 | $4.027.250 |
| 2 | 200030013 | XENETIX 350 X 100 ML REF.16224 | 25WF0522 | 4/30/2028 | UND | 150 | $163.926 | 0,00 | 0 % | $0 | $24.588.900 |
| 3 | 200030014 | XENETIX 350 X 200 ML REF.16228 | 25WF0382 | 3/31/2028 | UND | 100 | $302.177 | 0,00 | 0 % | $0 | $30.217.700 |

Total REG: 3

| IMPUESTO | BASE | TASA | TOTAL |
|---|---|---|---|

| RETENCIONES | BASE | TASA | T. RETENCION |
|---|---|---|---|
| RENTA | $58.833.850 | 2,5 % | $1.470.846 |

RECORDAMOS QUE SUS FACTURAS CAUSAN INTERES POR MORA A LA TASA DE LEY VIGENTE

**Observaciones:**
CONTRATO No.158-2026.

**En aceptación firmo:**

CINCUENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATRO PESOS M/CTE *******

"Responsable de Iva"Act. Econom ventas 4669-Servicios 3312
Gran contribuyente Bogota DIB-ICA, Resolución DDI-029334 de 31/10/2025 Gran Contr. Cali Res: 4131.040.21.1.1246 30/12/2025 / Autorret ICA Medellin RES:202550100042 09/12/2025

**Factura generada por Sistemas de Información Empresarial S.A. NIT 890.319.193-3**
**Software SIESA ENTERPRISE - Proveedor Tecnologico SIESA SA**

**Totales:**

| | |
|---|---|
| **Valor bruto:** | $58.833.850 |
| **Descuentos:** | $0 |
| **Subtotal:** | $58.833.850 |
| **IVA** | $0 |
| **Retenciones** | $1.470.846 |
| **Total:** | **$57.363.004** |

ORIGINAL



**CUFE** c75e45e5c3bdbeebc841387c0f7fb7839d3796d99af01b04b625fe42efcce75ad91c32e372e7930f6ad7b2ec5dd0b51d

**FIRMA DIGITAL:** ePYmpkPe7DdyVWLYaHRgPr5ThQeEexGkRLPI9rNXhVfXJV7QISKEspJu4ghAEpp0pDAt8ZPUgL8hV+yqZREkq05l4A/l/RrlJSpuR0B/L0+YOEW8fJa/azIDB4SiwQzbGsaYCti5+1KrfZbdG1x1I+JoQw0jIJp6R/TQlqawZzqge5ejogWtlrpV0FLFUCy/qZk6G4ochOfL1pJxsiwa0zJRRg3Y4Qt9cDBtula9CBnRm1BXsvEC25EZr0kqu7vio21XOsoM+pb44rpmf/imJJKSTAceUy6pNU1LGui+TDB9Z3r0x3323Ut6cnQqRiH27gqXjQzb8j57qups1yBiwQ==

**Cota**
Autopista Medellin entrada al parque la florida a la derecha km 1, Parque Industrial Terrapuerto El Dorado bodega 3 primera etapa.

**Principal Cali**
calle 17 A # 106-299 casa 3 ciudad Jardin
PBX:(602) 3161313 - 3161315

**Medellin**
Móvil: 3117485892
email: rxmedellin@rxsa.co

**ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

**Hospital Susana López de Valencia E.S.E.**

**Nit. 891.501.676-1**

| ACTA Nº | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| 530 | 23 | 4 | 2026 |

**SLV-FAR-05-F01**
**Version 2**

**Proveedor:** RX S.A.
**Factura Nº:** CLO25741 **HORA:** 09:31 A.M. **Factura Vigente hasta:** 23/6/2026

| 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 | Temperatura cadena de frío (2 – 8°C) | Cantidad recibida | Cantidad solicitada | Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica" Muestra a verificar | Registro sanitario vigente | Condiciones de trasporte, manipulación | Inspección visual | Empaque (primario y secundario) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | IODITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 300 MG POR ML SOLUCIÓN INYECTABLE (XENETIX) REF: 16211 | CAJA FOR 32 FRASCO DE 50 ML VIAL 300MG/ML | 2023M-010665-R2 | GUERBET | 25WC0492 | 765 | 31/5/2028 | N/A | 50 | 50 | 5 | C | C | C | C |
| 2 | IODITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 350 MG POR ML SOLUCIÓN INYECTABLE (XENETIX) REF: 16224 | CAJA FOR FRASCODE 100 ML VIAL 76 78 | 2023M-0014888-R1 | GUERBET | 25WF0522 | 734 | 30/04/2028 | N/A | 150 | 150 | 8 | C | C | C | C |
| 3 | IODITRIDOL CORRESPONDIENTE A YODO 350 MG POR ML SOLUCIÓN INYECTABLE (XENETIX) REF: 16228 | CAJA FOR 12 FRASCO DE 200 ML | 2023M-0014888-R1 | GUERBET | 25WF0382 | 704 | 31/3/2028 | N/A | 100 | 100 | 8 | C | C | C | C |

OBSERVACIONES:

**Elaborado por:** Ymg F Delgado A
Firma
Regente encargado de recepcion

**Verificado por:** Astrid A
Firma
Quimico Farmaceutico

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Occidente

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 800006583 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RX S.A. |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | | CALI DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CL ALFEREZ REAL CASA 3 | TELÉFONO: | 3161313 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de otros |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6016685208** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/22 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 245323363 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

**PENSIÓN**

| NIT | CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | TOTALES COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
|---|---|---|---|---|
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 14 | $ 13.110.400 |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 29 | $ 35.369.400 |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 2 | $ 981.100 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 15 | $ 8.258.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 60 | **$ 57.719.200** |

**SALUD**

| NIT | CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|
| 9002267153 | ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | $ 218.900 |
| 8050011572 | EPS018 | EPS018-S.O.S. | 4 | $ 932.400 |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 4 | $ 3.555.000 |
| 9009142541 | EPS046 | EPS046-SALUD MIA EPS | 1 | $ 2.054.000 |
| 9002267153 | EPS042 | EPS042 - COOSALUD | 1 | $ 88.000 |
| 8903030935 | EPS012 | EPS012-COMFENALCO VALLE | 1 | $ 98.700 |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 17 | $ 7.471.900 |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 4 | $ 2.931.700 |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 7 | $ 1.677.100 |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 18 | $ 3.678.200 |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 5 | $ 810.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 63 | **$ 23.516.800** |

**CAJA DE COMPENSACIÓN**

| NIT | CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|
| 8903032085 | CCF57 | CCF57-COMFANDI | 28 | $ 5.234.600 |
| 8600073361 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 17 | $ 5.235.700 |
| 8910800051 | CCF16 | CCF16-COMFACOR | 2 | $ 495.900 |
| 8914800001 | CCF44 | CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA | 1 | $ 343.200 |
| 8902015787 | CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 3 | $ 1.061.700 |
| 8908064905 | CCF11 | CCF11-CCF DE CALDAS | 1 | $ 227.600 |
| 8905006756 | CCF36 | CCF36-COMFAORIENTE | 1 | $ 131.800 |
| 8901020022 | CCF06 | CCF06-COMBARRANQUILLA | 2 | $ 753.800 |
| 8912800081 | CCF35 | CCF35-CCF DE NARIÑO | 2 | $ 433.000 |
| 8909008419 | CCF04 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 4 | $ 862.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 61 | **$ 14.779.400** |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 63 | $ 11.125.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 63 | **$ 11.125.200** |

| OTROS PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8999990341 | PASENA | PASENA-SENA | 5 | $ 1.968.000 |
| 8999992392 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 5 | $ 2.951.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | | **$ 4.919.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 112.060.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 112.060.400** |