



**Red de Salud del Oriente**  
 Empresa Social del Estado E.S.E  
 Municipio de Santiago de Cali  
 NIT. 805.027.337-4

**FORMATO INFORME SUPERVISIÓN**

**CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009**

**VERSIÓN:002**

**FECHA:2025/09/08**

**1. DATOS GENERALES**

INFORME PARCIAL



INFORME FINAL



Cuota Número

2

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 01/04/2026 a : 20/04/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?

SI

NO

1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:

11.50%

**2. DATOS DEL SUPERVISOR**

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR

RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ

2.2 PROCESO O ÁREA

GESTIÓN LOGÍSTICA

2.3 CARGO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

**3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO**

3.1 NUMERO DE CONTRATO

100.23.21.20260010

3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAAA)

07/03/2026

3.3 CONTRATISTA

ASOCIACION PROFAMILIA

3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT

860.013.779-5

3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

202600088-10/02/2026

3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL

202600148-16/03/2026

3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$325.200.000

3.8 PLAZO

EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL SERÁ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAAA)

16/03/2026

3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAAA)

31/12/2026

3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO

N/A

3.12 SUSPENSIÓN

N/A

3.13 REANUDACIÓN

N/A

3.14 CESIÓN

N/A

3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA

N/A

3.16 ADICION

N/A

3.17 PRORROGA

N/A

3.18 OBJETO:

COMPRA DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LAS USUARIAS ASIGNADAS A LA ESE DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA EN LAS COMUNAS 13,14,15,21Y CORREGIMIENTO DE NAVARRO.

**4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL**

4.1 Cumplimiento del Objeto:

En cumplimiento del seguimiento al contrato suscrito para la COMPRA DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LAS USUARIAS ASIGNADAS A LA ESE DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA EN LAS COMUNAS 13,14,15,21Y CORREGIMIENTO DE NAVARRO., se realiza el presente seguimiento con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas.

Se realizó la entrega de 2.000 unidades de ILEINE (Medroxiprogesterona) 150 mg, caja x 25, dando cumplimiento a la solicitud y a las condiciones establecidas, con el fin de garantizar la disponibilidad oportuna del medicamento para la continuidad en la prestación del servicio.





**Red de Salud del Oriente**  
 Empresa Social del Estado E.S.E  
 Municipio de Santiago de Cali  
 NIT. 805.027.337-4

**FORMATO INFORME SUPERVISIÓN**

**CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009**

**VERSIÓN:002**

**FECHA:2025/09/08**

El contratista presento factura de venta # F01V 6073 con fecha 15/04/2026 por valor de \$17.000.000 entrada de almacén. # 202600074 del 20/04/2026 por valor de \$17.000.000

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)

Deficiente	<input type="checkbox"/>	A mejorar	<input type="checkbox"/>	Satisfactorio	<input type="checkbox"/>	Sobresaliente	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input checked="" type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------	-------------------------------------

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

**5. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Si aplica):**

ITEM	PERIODO DE PAGO DD/MM/AAAA	FECHA DE PAGO DD/MM/AAAA	VALOR
PENSIÓN	CERTIFICADO	CERTIFICADO	CERTIFICADO
SALUD	CERTIFICADO	CERTIFICADO	CERTIFICADO
RIESGOS PROFESIONALES	CERTIFICADO	CERTIFICADO	CERTIFICADO
PARAFISCALES	CERTIFICADO	CERTIFICADO	CERTIFICADO
NUMERO DE PLANILLA	CERTIFICADO	CERTIFICADO	CERTIFICADO

**6. AVANCE FINANCIERO**

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 325.200.000,00	07/03/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 20.400.000,00	31/03/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 17.000.000,00	20/04/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 37.400.000,00	20/04/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 287.800.000,00	20/04/2026

**7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)**

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si:  No:  (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

**8. INFORME DE EJECUCIÓN**

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI  NO

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI  NO

SOPORTE FISICO: CD/DVD  USB  OTRO  N/A

**OBSERVACIONES:**

**9. APROBACION DE PAGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR**

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si  No:

**10. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION**

**RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ**  
 Profesional Especializado  
 Supervisor de Contrato

Abril 20 2026  
 Fecha de Elaboración



202600074

Entidad Sin Animo De Lucro Resolución Minjusticia No. 1985 de 1966, Somos Grandes Contribuyentes Resolución DIAN 000200 del 27 de diciembre de 2024, responsables de IVA, Retenedores de IVA, actividad económica 9499, actividad ICA8699, no sujetos a retención en la fuente, decreto 4400 Art.14 del 30/12/2004, régimen tributario especial. Dirección Calle 34 # 14-52 Línea gratuita Nacional 0180000110900

Factura electrónica de venta: F01V-0000006073  
BOGOTA  
Dirección: CALLE 34 14-52  
Teléfonos: 6013390900



ASOCIACION PROFAMILIA

Nit. 860013779

Vendido a: RED DE SALUD DEL ORIENTE NIT: 805027337 CALI CL 72U 28E 00 Teléfono: 6024374012		Entregar producto en: RED DE SALUD DEL ORIENTE CALI CL 72U 28E 00 Teléfono: 6024374012 Forma de pago: A Credito Medio de pago: Acuerdo mutuo								
Fecha pedido	Orden pedido	N. Contrato/ Cotización	Cod. cliente	Fecha factura	Orden de compra	Fecha vencimiento				
15 DD 04 2026	6111		805027337-002	15 DD 04 2026	20260010	14 DD 06 2026				
	AAAA			AAAA	AAAA	AAAA				
ID Código	Descripción producto	Código EN 13	Lote	Fecha expiración	UN	Cantidad	Precio unitario	Descuento comercial	IVA	Valor total
1 MED66	ILEINE (MEDROXIPROGESTERONA) 150MG USO INST C/JX25 VIAL	7703689182526	4004171	2027/04/30	VI	1,657.00	8,500.00	0.00	0.00	14,084,500.00
2 MED66	ILEINE (MEDROXIPROGESTERONA) 150MG USO INST C/JX25 VIAL	7703689182526	4004177	2027/05/30	VI	343.00	8,500.00	0.00	0.00	2,915,500.00
<b>Total Items:</b> 2				<b>Valor bruto</b>		17,000,000				
<b>Valor entidad:</b> DIECISIETE MILLONES PESOS				<b>Descuento</b>		0				
				<b>IVA</b>		0				
				<b>Valor total/Pago neto</b>		17,000,000				



MUNICIPALIDAD DE BARRANAGO DE CALI  
RED DE SALUD DEL ORIENTE - ESE  
RECEIBIDO DE ALMACEN

FECHA: 2026-06-14 HORA: 10:26

NOMBRE: [Firma]

FIRMA

Entidad Sin Ánimo De Lucro Resolución Minjusticia No. 1985 de 1966. Somos Grandes Contribuyentes Resolución DIAN 000200 del 27 de diciembre de 2024, responsables de IVA, Retenedores de IVA, actividad económica 9499, actividad ICA8699, no sujetos a retención en la fuente, decreto 4400 Art.14 del 30/12/2004, régimen tributario especial. Dirección Calle 34 # 14-52 Línea gratuita Nacional 018000110900



ASOCIACION PROFAMILIA

Nit. 860013779

Factura electrónica de venta: F01V-0000006073  
BOGOTA  
Dirección: CALLE 34 14-52  
Teléfonos: 6013390900

Vendido a: RED DE SALUD DEL ORIENTE		Entregar producto en: RED DE SALUD DEL ORIENTE	
NIT: 805027337		CALI	
CL 72U 28E 00		CL 72U 28E 00	
Teléfono: 6024374012		Teléfono: 6024374012	
Forma de pago: A Crédito		Forma de pago: A Crédito	
Medio de pago: Acuerdo mutuo		Medio de pago: Acuerdo mutuo	

Fecha pedido	Orden pedido	N. Contrato/ Cotización	Cod. cliente	Fecha factura	Orden de compra	Fecha vencimiento
15 DD MM AAAA	6111		805027337-002	15 DD MM AAAA	20260010	14 DD MM AAAA

**Condiciones de pago**

**Pago con descuento financiero hasta: 2026/06/14**

Apreciado cliente: Favor efectuar sus pagos por transferencia electrónica a la cuenta corriente del banco de Bogotá No. 000321570 o consignar en el formato de RECAUDO EMPRESARIAL disponible en todas las oficinas del Banco informando su número de NIT. Agradecemos nos confirme al correo electrónico cartera@profamilia.org.co - Teléfono 3390900 extensión 821.

Observaciones: (Remisión 6023) -

CUFE: 00804d9541cddc8abb1318e12279bfb742bcabf62177bb653e3cb42eb7c83e1209380957c7df27211d54f38dc5f6087

Firma Profamilia Aceptada	Recibido por el centro de Profamilia Aceptada
------------------------------	--

Fecha: DD/MM/AAAA

Vendedor: **REINOSO MONTIEL DIANA MARCELA**

Fecha: DD/MM/AAAA

Facturado por: **JOHAN STICK RODRIGUEZ RODRIGUEZ**

RESOLUCION DIAN N° 18764093400300 EXPEDIDA EL 21/05/2025 AUTORIZA NUMERACION F01V 1 AL 50000000 VIGENCIA 24 MESES PARA FACTURACION ELECTRONICA.

Proveedor tecnologico: Siesa S.A.S NIT: 890.319.193-3

Software: Zeus Inventario Fabricante: Siesa S.A.S NIT: 890.319.193-3



**RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E**  
CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:6024377777  
Nit. 805027337-4

**ENTRADA A ALMACEN No.202600074**  
Fecha: 20/04/2026

**Proveedor**  
NI 860013779-5 ASOCIACION PROFAMILIA  
Dirección: CL 34 14 52 Teléfono: 3390900

**Presupuesto**  
Compromiso No: 202600148 Disponibilidad No: 202600088

**Factura**  
No. F01V-0000006073 Fecha: 15/04/2026 Fecha de vencimiento:

Codigo	Suministro Nombre	Unidad	Lote	Fecha Lote	Registro Invima	Cantidad	Unitario	IVA	Total
061053	MEDROXIPROGESTE	AMPOLLA	4004171	30/04/2027	INVIMA 2021M-0020159	1657.00	\$8.500.00	\$0.00	\$14.084.500.00
061053	MEDROXIPROGESTE	AMPOLLA	4004177	30/05/2027	INVIMA 2021M-0020159	343.00	\$8.500.00	\$0.00	\$2.915.500.00
								<b>Subtotal:</b>	<b>\$17.000.000.00</b>
								<b>I.V.A:</b>	<b>\$0.00</b>
								<b>Total:</b>	<b>\$17.000.000.00</b>

**Son**  
DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE

**Observaciones**  
COMPRA DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION DE LAS USUARIAS ASIGNADAS A LA ESE DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA EN LAS COMUNAS 13,14,15,21Y CORREGIMIENTO DE NAVARRO SEGUN NUMERO DE CONTRATO 100.23.21.20260010

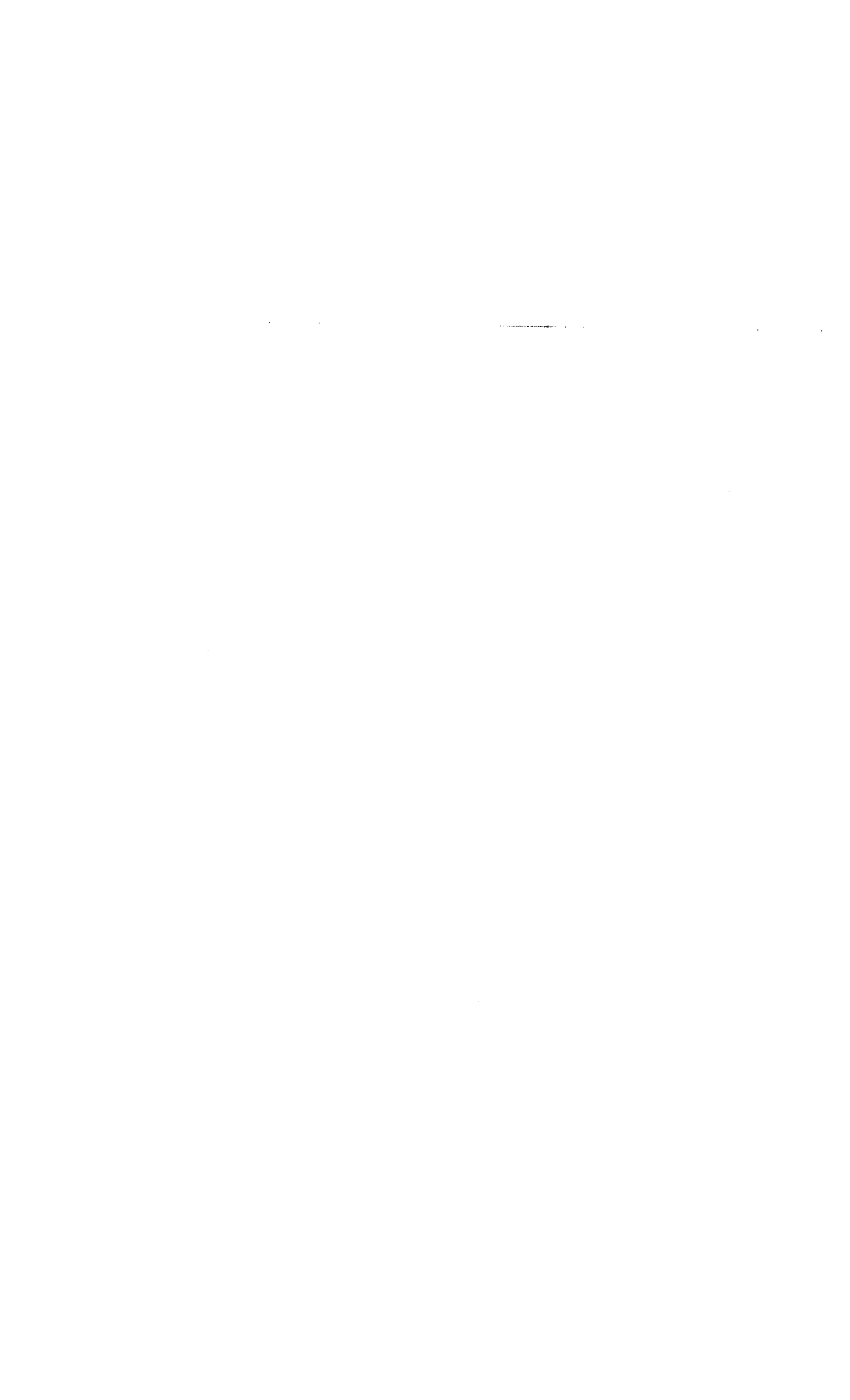
Codigo	Cuenta	Imputación Contable	Debe	Haber
15140301	MEDICAMENTOS		\$17.000.000.00	
24010101	BIENES			\$17.000.000.00
		<b>Total</b>	<b>\$17.000.000.00</b>	<b>\$17.000.000.00</b>

Reviso

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA  
CONTADOR  
TP: 219156-T

FT



C-04544 – 2026


EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE  
ASOCIACIÓN PROFAMILIA

Identificado con  
NIT 860.013.779-5

CERTIFICA QUE:

1. De acuerdo libros auxiliares de contabilidad extraídos del aplicativo "SIESA" y planilla pagada de seguridad social y parafiscales, ASOCIACIÓN PROFAMILIA da cumplimiento a sus obligaciones respecto al pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de seguridad social en salud al 31 de marzo del año 2026 y aportes a pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, así como los correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA al 28 de febrero del año 2026. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 que modificó el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
2. Que los pagos correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se realizaron en concordancia con lo dispuesto en el artículo 8 del decreto 862 del 26 de abril de 2013.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de marzo de dos mil veintiséis (2026), para uso exclusivo de la Entidad.



SANDRA MILENA VILLABONA LONDOÑO  
Revisor Fiscal de Asociación Profamilia (\*)  
Tarjeta Profesional. 86777-T  
Designado por  
BAKER TILLY COLOMBIA LTDA

*(\*) En cumplimiento del artículo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como revisor fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas*



C-0267- 2026

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE  
ASOCIACIÓN PROFAMILIA**

Identificado con  
NIT 860.013.779-5

**CERTIFICA QUE:**

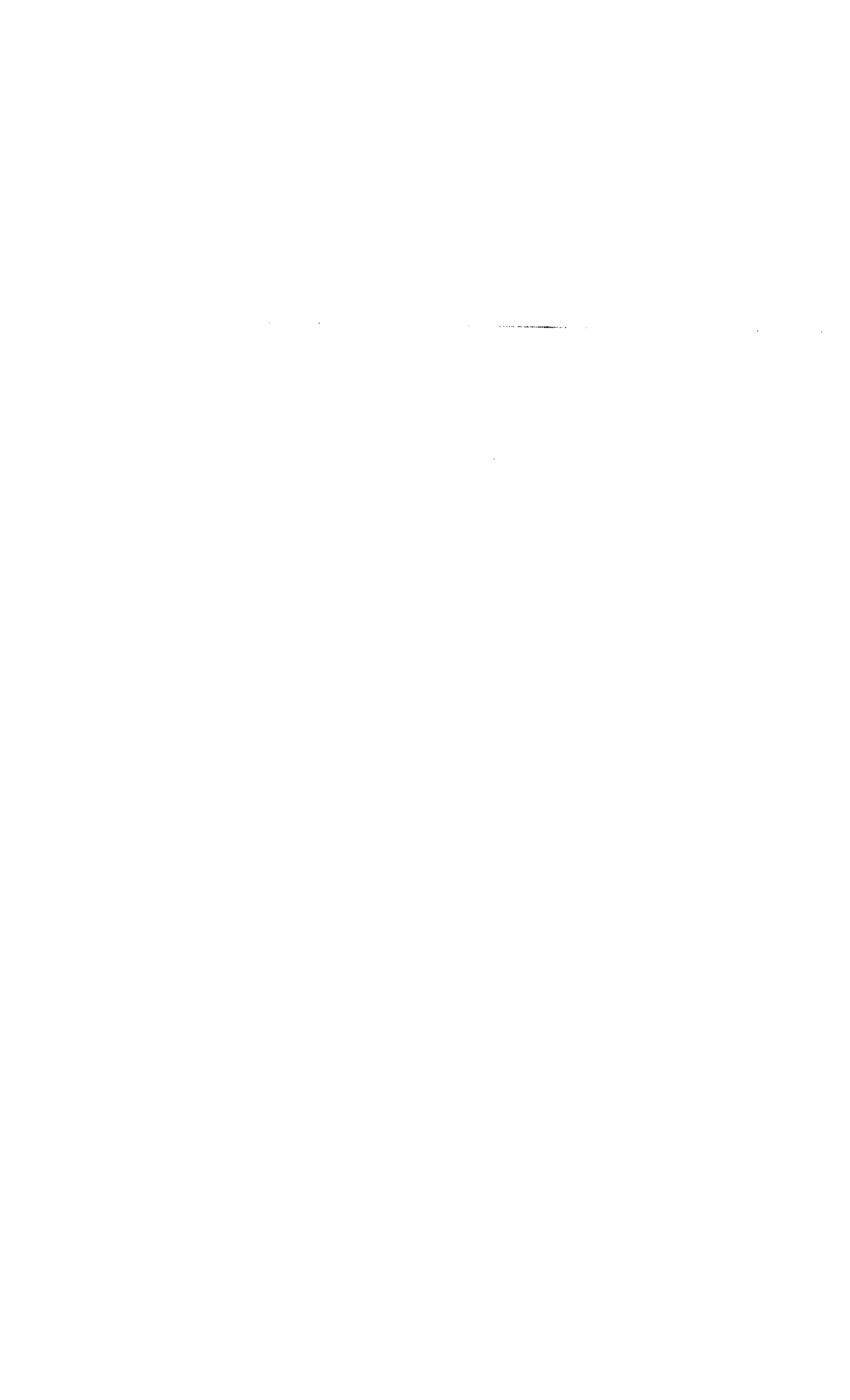
1. De acuerdo libros auxiliares de contabilidad extraídos del aplicativo "SIESA" y planilla pagada de seguridad social y parafiscales, **ASOCIACIÓN PROFAMILIA** da cumplimiento a sus obligaciones respecto al pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de seguridad social en salud al 31 de mayo del año 2026 y aportes a pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, así como los correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA al 30 de abril del año 2026. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 que modificó el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
2. Que los pagos correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se realizaron en concordancia con lo dispuesto en el artículo 8 del decreto 862 del 26 de abril de 2013.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026), para uso exclusivo de la Entidad.



**SANDRA MILENA VILLABONA LONDOÑO**  
Revisor Fiscal de Asociación Profamilia (\*)  
Tarjeta Profesional. 86777-T  
Designado por  
**BAKER TILLY COLOMBIA LTDA**

*(\*) En cumplimiento del artículo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como revisor fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas*



DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
NI	860013779-5	PROFAMILIA	CALLE 34 NO 14 -52
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
SUCURSAL	A - Más de 200 col	DIREC GEN	009
		CORREO	TELEFONO
		coordinadoranomia@profamilia.org.co	4845800
		CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
		BOGOTÁ, D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)
PERIODO SALUD	2026-04	73224757	14/04/2026
PERIODO SALUD	2026-03	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
		E	\$6.650.102,355
			TOTAL A PAGAR
			\$2.565.598.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
			Cotización Obligatoria	NIT		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC20	COMFACHOCO	891600091-8	838.100		0		0	0	0	0	0	838.100	3	
CCFC50	EPS-S COMFAORIENTE	890500675-6	221.000		0		0	0	0	0	0	221.000	1	
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	433.700		0		0	0	0	0	0	433.700	3	
EPS001	ALIANZASALUD EPS S.A.	830113831-0	30.512.600		0		0	0	0	0	0	30.512.600	23	
EPS002	Salud Total EPS	800130807-4	81.403.200		0		0	0	0	0	0	81.403.200	214	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	278.110.600		378.800		0	0	0	0	0	278.489.400	520	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	104.323.900		0		0	0	0	0	0	104.323.900	157	
EPS010	EPS Surra	800088702-2	195.597.400		0		0	0	0	0	0	195.597.400	369	
EPS012	Comineralco Valle EPS	890300093-5	3.446.200		0		0	0	0	0	0	3.446.200	11	
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	45.889.800		0		0	0	0	0	0	45.889.800	105	
EPS018	Ser. Occ. Salud - EPS	805001157-2	10.565.700		0		0	0	0	0	0	10.565.700	18	
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	59.652.600		0		0	0	0	0	0	59.652.600	145	
EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	900604350-0	1.175.500		0		0	0	0	0	0	1.115.500	3	
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	953.600		0		0	0	0	0	0	953.600	6	
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	3.543.300		0		0	0	0	0	0	3.543.300	10	
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	376.400		0		0	0	0	0	0	376.400	1	
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	6.812.600		0		0	0	0	0	0	6.812.600	12	
EPS034	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	1.273.700		0		0	0	0	0	0	1.273.700	6	
EPSIC1	DUSAKAWI EPS	824001398-1	384.500		0		0	0	0	0	0	384.500	1	
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000884-5	1.150.300		0		0	0	0	0	0	1.150.300	3	
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	3.296.000		0		0	0	0	0	0	3.296.000	13	
ESSC18	EPS-S Emisanar	901071585-8	1.642.800		0		0	0	0	0	0	1.642.800	5	
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	4.425.200		0		0	0	0	0	0	4.425.200	18	
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.451.600		0		0	0	0	0	0	1.451.600	7	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	179.666.000	0	0	1.997.400	2.491.100	0	0	0	184.154.500	304
230301	Porvenir	800224808-8	298.068.800	0	0	1.613.800	1.613.800	0	0	0	301.296.400	606
230901	Standia Pensiones Obligatorias	800253055-2	10.806.000	0	0	312.900	312.900	0	0	0	11.431.800	5
231001	Colfondos	800227940-6	81.254.600	0	0	1.077.800	1.077.800	0	0	0	83.410.200	118
25-14	Colpensiones	900336004-7	476.473.200	0	0	6.978.200	8.123.500	0	0	0	491.574.900	596

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	CORREGO
NI	PROFAMILIA	CALLE 34 NO 14 52	coordinad@aromatiline@profamilia.org.co
FORMA PRESENTACION	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
SUCURSAL	A - Más de 200 cat	009	BOGOTÁ, D.C.
	DIREC GEN	009	BOGOTÁ, D.C.
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANA)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/SEMANA)
		73224757	14/04/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL MONEDA
2026-04	2026-03	E	\$6.650.102.355
			TOTAL A PAGAR
			\$2.585.598.300

TOTALS RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	MIT	No. Afiliados
14-11	ARL SUJRA	890903790-5	91.577.700

TOTALS A PAGAR			
Subtotal	Valor Aporte	Valor Saldo a Favor	Total a Pagar
91.577.700	0	0	91.577.700

TOTALS CAJAS											
Código CCF	Nombre	Valor Aporte	Días Mora	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados				
CF04	Comiana	31.797.400	0	0	0	31.797.400	212				
CF06	Combaranquilla	14.747.700	0	0	0	14.747.700	93				
CF08	Comfianco Cartagena	6.958.900	0	0	0	6.958.900	49				
CF10	Comfiba	3.078.700	0	0	0	3.078.700	26				
CF11	Comp Filar Caldas	2.914.900	0	0	0	2.914.900	21				
CF13	Confica	1.928.000	0	0	0	1.928.000	19				
CF14	Comfeca	2.089.700	0	0	0	2.089.700	19				
CF15	Comfinesar	1.761.100	0	0	0	1.761.100	14				
CF16	Comfitecor	6.736.400	0	0	0	6.736.400	48				
CF24	Compensar Caja	125.251.200	0	0	0	125.251.200	675				
CF29	Caja Filar Eneco	1.282.600	0	0	0	1.282.600	10				
CF30	Caja Filar La Guajira	1.213.100	0	0	0	1.213.100	14				
CF32	Comfianco Nariño	3.658.700	0	0	0	3.658.700	29				
CF33	Caja Filar Magdalena	3.342.500	0	0	0	3.342.500	29				
CF34	Comfitec	1.457.500	0	0	0	1.457.500	12				
CF35	Caja Filar Norte	5.655.900	0	0	0	5.655.900	39				
CF37	Comfitec	5.005.800	0	0	0	5.005.800	43				
CF40	Comfianco Santander	6.415.700	0	0	0	6.415.700	43				
CF43	Comfianco Quindío	453.900	0	0	0	453.900	4				
CF44	Comfamiliar Risaralda	4.383.300	0	0	0	4.383.300	36				
CF50	Comfianco	2.760.100	0	0	0	2.760.100	27				
CF57	Comfamiliar Audi	26.339.300	0	0	0	26.339.300	177				
CF87	Comitar - Arauca	150.100	0	0	0	150.100	1				

TOTALS PARA FISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Saldo a Favor	Total a Pagar
129.864.300	0	0	129.864.300
194.787.200	0	0	194.787.200

TOTALS POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	24	637.869.100	637.869.100
Pension	5	1.071.867.800	1.071.867.800
Riesgos Laborales	1	91.577.700	91.577.700
CCF	23	259.672.200	259.672.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	194.787.200	194.787.200
MIEN	0	0	0
SENA	1	129.864.300	129.864.300
<b>TOTALS</b>	<b>55</b>	<b>2.585.598.300</b>	<b>2.585.598.300</b>