



RED DE SALUD DEL ORIENTE
Nit. 805027337-4
CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:602437777

ORDEN DE PAGO
No. **202600888**
29/05/2026

ENTRADA A ALMACEN 202600154 DEL 29/05/2026

Tercero: ASOCIACION PROFAMILIA NI 860013779-5
Referencia Presupuestal:
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO No. COM-202600148
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. CDP-202600088
Referencia Externa: ENTRADA A ALMACEN No. 202600154
Referencia Externa 2: DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR No.. F01V-0000006946

Concepto : Documento generado automaticamente a partir del documento EF 202600154: 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 SEGÚN NUMERO DE CONTRATO 100.23.21.20260010 (MATERIALES Y SUMINISTROS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO-DECLARANTES 2,5% (24010101))

Rubro	Descripción	Valor
2	GASTOS	
24	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	
245	GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN	
24501	MATERIALES Y SUMINISTROS	
2450103	OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO)	\$21.250.000.00
TOTAL:		\$21.250.000.00

SON

VEINTI➤ MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 29 dias del mes de Mayo de 2026 para efectos del control presupuestal.

SANDRA LILLIANA VELASQUEZ NARANJO
GERENTE
31573686



RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E
 CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:602437777
 Nit. 805027337-4

ENTRADA A ALMACEN No.202600154
 Fecha: 29/05/2026

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

Presupuesto
 Compromiso No: 202600148 Disponibilidad No: 202600088

Factura
 No. F01V-0000006946 ✓ Fecha: 29/05/2026 ✓ Fecha de vencimiento: 28/06/2026

Codigo	Suministro Nombre	Unidad	Lote	Fecha Lote	Registro Invima	Cantidad	Unitario	IVA	Total
061053	MEDROXIPROGESTE	AMPOLLA	4006460	30/11/2027	INVIMA 2021M-0020159	2500.00	\$8.500.00	\$0.00	\$21.250.000.00
Subtotal:									\$21.250.000.00
I.V.A:									\$0.00
Total:									\$21.250.000.00

Son
 VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL 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		\$21.250.000.00	
24010101	BIENES			\$21.250.000.00
Total			\$21.250.000.00	\$21.250.000.00

Reviso

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA
 CONTADOR
 TP: 219156-T

FT

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


Factura electrónica de venta: F01V-00000006946
BOGOTÁ
Dirección: CALLE 34 14-52
Teléfonos: 6013390900



Profamilia

ASOCIACION PROFAMILIA

Nit. 860013779

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				
29 DD MM AAAA	7029	805027337-002	805027337-002	29 DD MM AAAA	290526	28 DD MM 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	4006460	2027/11/30	VI	2,500.00	8,500.00	0.00	0.00	21,250,000.00
Total Items: 1		Valor bruto		Valor bruto		Descuento		IVA		Valor total/Pago neto
		VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS		21,250,000		0		0		21,250,000
Condiciones de pago										
Pago con descuento financiero hasta: 2026/07/28										
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.										
 <p>Observaciones: (Remisión 6951) -</p> <p>CUFE: 6d079110bb36426c1bab182e0ce87357c731d7e8c8a378d38e7800c60865989627095389c47123e9eb089691e701b590f</p>										
Firma Profamilia				Recibido por el centro de Profamilia				Recibido por el cliente		
<p>Fecha: 21/05/2025</p> <p>Vendedor: REINOSO MONTIEL DIANA MARCELA</p>				<p>Fecha: 21/05/2025</p> <p>Facturado por: JOHAN STICK RODRIGUEZ RODRIGUEZ</p>				<p>Fecha: 21/05/2025</p> <p>MUNICIPIO DE SANFELICES DE GALI RED DE SALUD DEL ORIENTE - ESE RECIBIDO DE ALMACEN</p>		
RESOLUCION DIAN N° 18764093400300 EXPEDIDA EL 21/05/2025 AUTORIZA NUMERACION F01V 1 AL 50000000 VIGENCIA 24 MESES PARA FACTURACION ELECTRONICA.										
Proveedor tecnológico: 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
 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 3

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 21/04/2026 a : 29/05/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?

SI

NO

X

1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:

18.04%

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 2.500 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 6946 con fecha 29/05/2026 por valor de \$21.250.000 entrada de almacén. # 202600154 del 29/05/2026 por valor de \$21.250.000

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

Deficiente	A mejorar	Satisfactorio	Sobresaliente	No Aplica
------------	-----------	---------------	---------------	-----------

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	\$ 37.400.000,00	20/04/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 21.250.000,00	29/05/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 58.650.000,00	29/05/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 266.550.000,00	29/05/2026

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

29 mayo 2026
 Fecha de Elaboración



C-0267- 2026

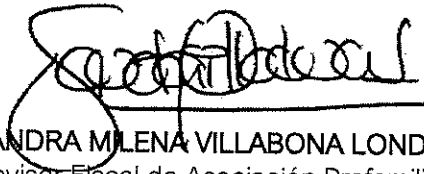
**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
ASOCIACIÓN PROFAMILIA**

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*

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

TIPO		NOMBRE APORTANTE		DIRECCION		TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISICALES Y SALUD	
NI	860013779-5	PROFAMILIA	CALLE 34 NO 14-52	484-5800	coordinadoraromina@profamilia.org.co				
FORMA PRESENTACION		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUBSIBAL	CODIGO	REPARTAMENTO	CUIDADO / MUNICIPIO			
SUCURSAL	A - Más de 200 cot	DIREC GEN	009	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO			

PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS MORA)		FECHA PAGO (DIAS MORA)		CANTIDAD EMPLEADOS	
						1665	3
PERIODO SALUD		PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL HORA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-04	E		\$6,690,821,080	\$2,894,166,400		

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
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC20	COMPACHOCO	891600091-8	858.500	0	0	0	0	0	0	0	858.500	3	
CCFC50	EPS-S COMFAORIENTE	896500675-6	220.900	0	0	0	0	0	0	0	220.900	1	
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	221.000	0	0	0	0	0	0	0	221.000	1	
EPS001	ALIANZA SALUD EPS S.A.	830113981-0	30.402.700	0	0	0	0	0	0	0	30.402.700	23	
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	86.452.500	0	0	0	0	0	0	0	86.452.500	220	
EPS005	Sentitas EPS	800251440-6	283.504.300	378.600	0	0	0	0	0	0	283.883.100	521	
EPS008	Compensar EPS	890066942-7	93.528.400	0	0	0	0	0	0	0	93.528.400	154	
EPS010	EPS Suria	800089702-2	198.213.100	0	0	0	0	0	0	0	198.213.100	374	
EPS012	Confiamco Valle EPS	890303030-5	3.450.800	0	0	0	0	0	0	0	3.450.800	1	
EPS017	Familianar EPS	830003984-7	43.912.300	0	0	0	0	0	0	0	43.912.300	104	
EPS018	Seny. Doc. Salud - EPS	805001167-2	10.941.800	0	0	0	0	0	0	0	10.941.800	20	
EPS037	Nueva EPS	900156284-2	61.101.100	0	0	0	0	0	0	0	61.101.100	147	
EPS040	ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA EPS SAS	900608350-0	1.243.800	0	0	0	0	0	0	0	1.243.800	3	
EPS041	NIUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156284-2	1.675.900	0	0	0	0	0	0	0	1.675.900	6	
EPS042	EPS COOSALUD	900228735-3	3.436.600	0	0	0	0	0	0	0	3.436.600	9	
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	740.400	0	0	0	0	0	0	0	740.400	2	
EPS048	EPS-S Mutual Ser	808008394-7	7.133.600	0	0	0	0	0	0	0	7.133.600	12	
EPSC34	Rockauto SGP Capital Salud	900298372-9	1.087.600	0	0	0	0	0	0	0	1.087.600	6	
EPSIC1	DUSAKAWI EPS	824001398-1	384.600	0	0	0	0	0	0	0	384.600	1	
EPSICS	Entidad Promotora de Salud Majalinas	837000984-5	862.300	0	0	0	0	0	0	0	862.300	2	
EPSIC6	Entidad Promotora de Salud Pilgosalud E	869008352-2	132.600	0	0	0	0	0	0	0	132.600	1	
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806006394-7	3.289.100	0	0	0	0	0	0	0	3.289.100	14	
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	1.768.500	0	0	0	0	0	0	0	1.768.500	7	
ESSC24	EPS-S Coosalud	900228715-3	4.665.700	0	0	0	0	0	0	0	4.665.700	19	
ESSC82	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	1.522.600	0	0	0	0	0	0	0	1.522.600	7	

TOTALES PENSION

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)	800228739-0	179.000.600	0	0	1.936.400	2.341.100	0	0	0	183.278.100	304
230301	Porvenir	800224608-8	307.893.400	0	0	1.646.600	1.646.600	0	0	0	311.176.600	612
230801	Standia Pensiones Obligatorias	800252055-2	10.329.400	0	0	274.300	274.300	0	0	0	10.878.000	6
231001	Colfondos	800227840-6	78.723.700	0	0	1.006.000	1.006.000	0	0	0	80.735.700	117
25-14	Colpensiones	900338004-7	471.665.200	0	0	6.613.600	8.042.900	0	0	0	486.721.700	603

