Usuario Pago:
EBEDOYA
414

# AGUAS DEL PARAMO DE SONSON

## NIT 900673469-2

## COMPROBANTE DE EGRESO NÚMERO : 2026-00427

**Fecha de Pago:** 24-07-2026 **Estado:** PAGADO

**PAGADO A:** COMFAMA ,Id: 890900841

**DESCRIPCIÓN:** APOYAR EN LA EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AGUAS DEL PARAMO DE SONSON S.A.S E.S.P. DURANTE EL AÑO 2026.

**Otros:** ACTA DE AVANCE Y EJECUCIÒN DEL 2026 C P S Nª 030 DE 2026

**Tipo Pago**
PGNOR

Doc. Ref. : FACTURA SD90763264

**Vlr Bruto:** 1,152,000.00 **Vlr Deducc.:** 113,000.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** 1,039,000.00

### DETALLE DE LOS BANCOS

| | Banco | Nro. Cuenta | Nro. Cheque | Beneficiario | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BANCOLOMBIA | 672158848-68 | TRANSFERENCIA | COMFAMA ,Id: 890900841 | $1,039,000.00 |
| | | | | **Total:** | **$1,039,000.00** |

### DETALLE DE LAS DEDUCCIONES

| Descripción | | Vlr. Base | Valor | Descripción | | Vlr. Base | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTAMPILLA PROCULTURA 1.5% | 1.5 | $1,152,000 | $17,000 | ESTAMPILLAS ADULTO MAYOR 4% | 4 | $1,152,000 | $46,000 |
| ESTAMPILLA PROHOSPITAL 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 | ESTAMPILLA UDEA 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 |
| RETEICA 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 | ESTAMPILLA PRO DEPORTE Y RECREACIC | 1.2 | $1,152,000 | $14,000 |
| **TOTAL Deducibles:** | | | **$113,000.00** | **TOTAL no Deducibles:** | | | **$0.00** |

FRANCIA IRENE CIFUENTES ARANGO
GERENTE

EDWIN DAMIAN BEDOYA LOAIZA
COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

BENEFICIARIO

""VIVIMOS CONTIGO""

# AGUAS DEL PARAMO DE SONSON

Usuario Ordenó
EBEDOYA

**NIT 900673469-2**

**ORDEN DE PAGO NÚMERO : 2026-414**

**Fecha/Estado**

**Comprobante:** 04 : ORDEN DE PAGO

24/07/2026 **ORDENAI**

**TIPO PAGO:** Otros Pagos **CONTRATO:** 51

**PAGADO A:** COMFAMA ,Id: 890900841

**DESCRIPCIÓN:** APOYAR EN LA EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AGUAS DEL PARAMO DE SONSON S.A.S E.S.P. DURANTE EL AÑO 2026.

Doc. Ref. : FACTURA SD90763264

**Vlr Bruto:** 1,152,000.00 **Vlr Deducc.:** 113,000.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** **1,039,000.00**

**REGISTRO PRESUPUESTAL**

| #Reserva CDP | # CRP | Fondo | Depen. | Código | Descripción | Vlr. x Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | 200 | 1.2.1.0.00 | 2 | 2.1.2.02.01.002.03 | SUMINISTROS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO AL PLAN ANUAL | $1,152,000.00 |

**TOTAL:** **$1,152,000.00**

**DETALLE DE LAS DEDUCCIONES**

| Descripción | | Vlr. Base | Valor | Descripción | | Vlr. Base | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTAMPILLA PROCULTURA 1.5% | 1.5 | $1,152,000 | $17,000 | ESTAMPILLAS ADULTO MAYOR 4% | 4 | $1,152,000 | $46,000 |
| ESTAMPILLA PROHOSPITAL 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 | ESTAMPILLA UDEA 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 |
| RETEICA 1% | 1 | $1,152,000 | $12,000 | ESTAMPILLA PRO DEPORTE Y RECREACIO | 1.2 | $1,152,000 | $14,000 |

**TOTAL Deducibles:** **$113,000.00** **TOTAL no Deducibles:** **$0.00**

FRANCIA IRENE CIFUENTES ARANGO
GERENTE

EDWIN DAMIAN BEDOYA LOAIZA
COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

# ACTA DE AVANCE Y EJECUCIÓN 001 DEL 2026

## A. INFORMACIÓN GENERAL.

| | | |
|---|---|---|
| **NRO. DE CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.030 DE 2026 | |
| **CONTRATANTE** | AGUAS DEL PÁRAMO DE SONSÓN S.A.S - E.S.P. | |
| **CNTRATISTA** | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA | |
| **NIT** | 890.900.841-9 | |
| **OBJETO CONTRATADO** | APOYAR LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AGUAS DEL PÁRAMO DE SONSÓN SAS ESP, PARA EL AÑO 2026 | |
| **VALOR TOTAL** | QUINCE MILLONES DE PESOS M.L. (15.000.000), IVA INCLUIDO. | |
| **PLAZO TOTAL** | DESDE ACTA DE INICIO SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 | |
| **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL** | | CDP NO 51 DEL 29 DE ENERO DE 2026 |
| **REGISTRO DE COMPROMISO PRESUPUESTAL** | | CRP NO 200 DEL 14 DE ABRIL DE 2026 |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO** | **FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** |
| 14/04/2026 | 14/04/2026 | 31/12/2026 |

## B. SEGUIMIENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, CONTABLE Y JURÍDICO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **OBLIGACIÓN ESPECÍFICA** | **ESTADO DE CUMPLIMIENTO** |
| **1. Exámenes Médicos**<br>El proveedor deberá garantizar:<br>Realización de evaluaciones médicas ocupacionales de:<br>Ingreso<br>Periódicos<br>Egreso<br>Post incapacidad (cuando aplique)<br>Las evaluaciones deberán cumplir con lo establecido en la Resolución 2346 de 2007.<br>**Elaboración de:**<br>Historia clínica ocupacional individual (confidencial)<br>Concepto médico ocupacional (apto, apto con restricciones, no apto)<br>Custodia y manejo de la información conforme a la normatividad de confidencialidad.<br>Realización de exámenes complementarios según el perfil del cargo audiometrías, espirometrías, optometrías, laboratorio clínico, entre otros.<br>La realización de los exámenes médicos puede ser extramural o intramural.<br>**2. Evaluación de riesgo psicosocial**<br>El proveedor deberá:<br>Aplicar la batería de instrumentos conforme a la Resolución 2404 de 2019.<br>Dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2646 de 2008.<br>Garantizar:<br>Aplicación de instrumentos intralaborales, extralaborales y de estrés.<br>Cobertura del total o muestra representativa de trabajadores según aplique.<br>Confidencialidad de la información recolectada.<br>**Entrega de:** | La obligación se está cumpliendo en los términos pactados. |

| | |
|---|---|
| Informe de resultados (cuantitativos y cualitativos)<br>Diagnóstico del nivel de riesgo psicosocial<br>Recomendaciones de intervención<br>**3. Evaluación puesta de trabajo.**<br>El proveedor deberá realizar la evaluación de los puestos de trabajo con el fin de identificar, valorar y controlar los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores, contribuyendo a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.<br>Entregar informa de la evaluación de los diferentes estudios de puesta de trabajo<br>Seguimiento a restricciones medicas laborales<br>• Realización de seguimiento periódico a los trabajadores con restricciones, mediante revisión documental.<br>• Actualizar restricciones medico laborales de los empleados<br>• Emisión de recomendaciones técnicas orientadas a:<br>Reubicación laboral (temporal o definitiva)<br>Ajustes razonables en el puesto de trabajo<br><br>**El contratista deberá entregar:**<br>• Informe consolidado de condiciones de salud de los trabajadores.<br>• Informe de resultados de riesgo psicosocial.<br>• Base de datos organizada de los resultados (respetando confidencialidad).<br>• Indicadores epidemiológicos básicos. | |

**BALANCE FINANCIERO**

| Balance General | |
|---|---|
| **Concepto** | **Valor** |
| **Valor inicial** | $ 15.000.000 |
| **Vr. Adición Nro. 1** | $ - |

| Pagos efectuados al contratista a la fecha | | | |
|---|---|---|---|
| **Pago No.** | **CE No.** | **Fecha** | **Valor sin deducciones** |
| **1** | | | |
| **2** | | | |

| | |
|---|---|
| **Vr. Adición Nro. 2** | $ - |
| **Vr. Adición Nro. 3** | $ - |
| **Valor Total** | $ 15.000.000 |
| **Vr. Pagado a la fecha** | $ 0 |
| **Vr. Causado y que no se ha pagado al contratista** | $ 1.152.000 |
| **Vr. Total, ejecutado** | $ 1.152.000 |
| **VR. SALDO A LA FECHA** | **$ 13.848.000** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **3** | | | |
| **4** | | | |
| **5** | | | |
| **6** | | | |
| **7** | | | |
| **8** | | | |
| **VR. Pagado a la fecha** | | | **$ 0** |

| | |
|---|---|
| **Porcentaje de ejecución** | **7.68%** |

## C. OBSERVACIONES AL PERIODO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL QUE SE SUPERVISA.

El contrato de prestación de servicios no.030 de 2026, se está ejecutando en los términos en que fue pactado.

## D. SUSPENSIONES, REANUDACIONES, MODIFICACIONES, REAJUSTES.

El contrato no ha sido objeto de suspensiones, reanudaciones, modificaciones o reajustes.

## E. VERIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES:

El contratista presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y ARL, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

## F. ANEXOS

- Factura de electrónica SD 90668401
- Comprobante de pago al sistema de seguridad social pensiones, salud y ARL
- Informe

## G. APROBACIÓN DEL PAGO

De acuerdo con el seguimiento efectuado y presentación de la factura por el contratista, se constata que se cumplieron las obligaciones contractuales emanadas del contrato.

Por tanto, la supervisión aprueba y solicita realizar el respectivo pago de acuerdo con la factura y el balance financiero.

Para constancia, se firma la presente acta en el Municipio de Sonsón a los Veintiún (21) días del mes de julio del 2026.

**EDWIN DAMIAN BEDOYA LOAIZA**
Coord. administrativo y financiero
Supervisor

**CESAR AUGUSTO SALAZAR**
Auxiliar SST
Supervisor

Daniela G.G.
**DANIELA GONZALEZ GALLEGO**
Auxiliar TH
Supervisora

comfama

# Factura Electrónica De Venta No. SD90763264

**Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama**
**Nit. 890900841-9**
**CR 45 Nº 49 A-16 - Medellin**

Res N°18764097805387 De 29/08/2025 al 29/08/2027 Rango SD90668401 a SD91168401
Somos Grandes Contribuyentes
Somos Agentes Retenedores de IVA
**Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta**
**Tipo de operación: Estándar-10**

**CUFE:** 3c4941acfcdbca3189b5fd7e734b9ac866f9d1792c5ec4e855738b9e04ec9de429dbbfbb7474db61f01d9d4c668c53df

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre o Razón Social:** | AGUAS DEL PARAMO DE SONSON S.A.S. E.S.P | **Fecha Factura [Año-Mes-Día]:** | 2026-07-14 17:45:39 |
| **NIT / CC:** | 900673469-2 | **Fecha Vencimiento [Año-Mes-Día]:** | 2026-08-13 |
| **Dirección:** | CL 6 # 5 - 41 | **Días de Plazo:** | Crédito - Pagos a 30 días sin DPP |
| **Teléfono:** | 8691810 | **Orden de Compra:** | SIN ORDEN DE COMPRA |
| **Municipio:** | ANTIOQUIA | **Medio de Pago:** | Instrumento no definido |
| **Correo:** | aguasdelparamodesonson@gmail.com | | |

| Item | Codigo/Ref | Descripción | Tarifa | Cant | Valor unitario | Dcto/Rcgo | Tarifa Impo % | Valor IVA/ICO | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 42002925 | Cita post incapacidad | Emp. | 8 | COP$ 144,000.00 | COP$ 0 | | | COP$ 1.152.000,00 |

VIGILADO SuperSubsidio

**Observaciones:**
Gestión SST contrato 030 DE 2026

| | |
|---|---|
| **Anticipo** | |
| **Subtotal** | COP$ 1,152,000.00 |
| **Total Base Imp** | COP$ 0 |
| **Impo Consumo** | |
| **Total Factura** | COP$ 1,152,000.00 |

Recibido: Total Items: 1
Nombre / Cédula: Fecha: Año/Mes/Dia Firma:

**No sujetos a retención en la fuente por actividades meritorias e integrales de salud, educación, recreación y desarrollo social según Art. 19-2 y 359 del Estatuto Tributario.**

Esta factura podrá ocasionar intereses por mora a la máxima tasa legal permitida desde su vencimiento.
En caso de presentar alguna reclamación relacionada con alguno de los valores facturados, favor comunicarse con nuestra línea de atención: 3607080 Opción 2 - 3.
Favor presentar la factura de venta al momento del pago.

**Fecha Validación DIAN:** 2026-07-14 17:45:44-05:00
**Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0**



---

comfama

**Factura de Venta No. SD90763264**
**Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama**
**Nit. 890.900.841-9**
**CR 45 49 A 16 - MEDELLIN**

(415)7701010000013(8020)040090763264009006734692

Referencia 040090763264900673469 2

| Nombre o Razón Social:AGUAS DEL PARAMO DE SONSON S.A.S. E.S.P | Cód. Banco | Banco | No. Cuenta | No. Cheque | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| NIT / CC:900673469 | | | | | |
| | | | | | |
| **Fecha de pago** | | | Total Cheque | | |
| aaaa mm dd | | | Total Efectivo | | |
| | | | Total a Pagar | | |

**Puntos de pago**
Sedes Comfama - Banco AVVILLAS - Bancolombia - Banco BCSC - Banco de Bogotá - Grupo Éxito - Banco de Occidente -
Página Web: www.comfama.com

**PAGUESE EN EFECTIVO O CHEQUE**

**NOTA DE INTERÉS**

A partir del día siguiente a la recepción de la factura, usted cuenta con tres (3) días hábiles para presentar su objeción mediante un oficio remisorio. De no expresar ninguna inconformidad, se dará por entendido la aceptación de la Factura.
Puede enviar su comunicación a través del correo electrónico DevolucionFacturas@comfama.com.co

comfama

# INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL
# SERVICIOS DE SALUD SG-SST

## 1. Información del contrato

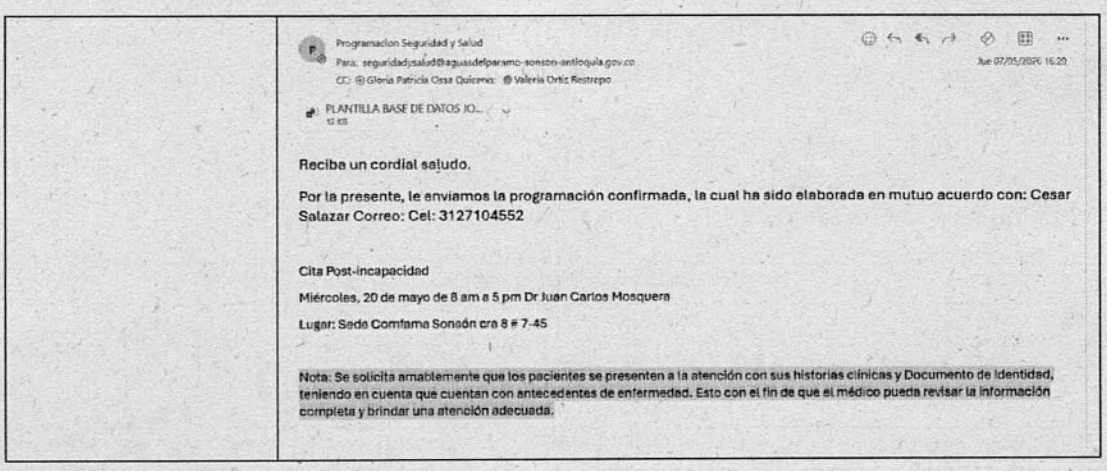
| | |
|---|---|
| Contratista | Caja de Compensación Familiar de Antioquia - COMFAMA |
| Nit | 890.900.841-9 |
| Número de contrato | 030 de 2026 |
| Entidad contratante | Aguas del Páramo de Sonsón S.A.S. E.S.P. |
| Objeto del contrato | Apoyar en la ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa Aguas del Páramo de Sonsón S.A.S. E.S.P. durante el año 2026. |
| Periodo del informe | Desde el 14/04/2026 hasta el 30/06/2026 |

## 2. Actividades Ejecutadas

### 2.1 Atención citas post - incapacidad

| | |
|---|---|
| Tipo/nombre del evento | Atención citas post incapacidad |
| Fecha | 20 de mayo de 2026 |
| Dirigido a | Empleados con post incapacidad |
| Modalidad | Presencial |
| Actividades desarrolladas | Programación salud<br>• 8 personas para atención post incapacidad<br>• Programados para atención en la Sede Comfama Sonsón<br>Pacientes atendidos:<br>• JHON JAIRO BETANCUR MONTES<br>• ILDEFONSO RUIZ RODRIGUEZ<br>• HUMBERTO OROZCO BEDOYA<br>• EDISON CASTAÑO MARIN<br>• SANDRA MILENA VALENCIA TORO<br>• NUBIA ALBA CARMONA<br>• LUZ AMPARO ROJAS GALLEGO<br>• DUVAN DE JESUS GONZALEZ GAVIRIA |
| Evidencias fotográficas | Por motivos de confidencialidad médico-paciente no se presentan evidencias fotograficas de las atenciones prestadas. |

VIGILADO SuperSubsidio



Programacion Seguridad y Salud
Para: seguridadysalud@aguasdelparamo-sonson-antioquia.gov.co
CC: Gloria Patricia Osa Quicena; Valeria Ortiz Restrepo
Jue 07/05/2026 16:20

PLANTILLA BASE DE DATOS JO...
12 KB

Reciba un cordial saludo.

Por la presente, le enviamos la programación confirmada, la cual ha sido elaborada en mutuo acuerdo con: Cesar Salazar Correo: Cel: 3127104552

Cita Post-incapacidad

Miércoles, 20 de mayo de 8 am a 5 pm Dr Juan Carlos Mosquera

Lugar: Sede Comfama Sonsón cra 8 # 7-45

Nota: Se solicita amablemente que los pacientes se presenten a la atención con sus historias clínicas y Documento de Identidad, teniendo en cuenta que cuentan con antecedentes de enfermedad. Esto con el fin de que el médico pueda revisar la información completa y brindar una atención adecuada.

| ACTIVIDAD | | CANT. | UNIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR NETO | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Extramurales (Sonsón)** | RI-evaluación médica ocupacional para seguimiento a recomendaciones o reintegro post incapacidad | 8 | Unidad | $ 144.000 | $ 1.152.000 | $ - | $ 1.152.000 |

*Los valores del presente informe se ajustarán en peso de acuerdo con la factura generada.

comfama

www.comfama.com

**Valeria**
Ortiz Restrepo
**Asesor comercial licitaciones**
Licitaciones y contratos Regiones

Sede: Carrera 48 #20-114. Torre 1 piso 11
Medellín – Colombia

VIGILADO SuperSubsidio

EY

Shape the future
with confidence

Señores
Caja de Compensación Familiar de Antioquia - COMFAMA
Medellín, Antioquia

He auditado, de acuerdo con las normas de auditoría aplicables según el Decreto 2420 de 2015 y modificatorios, los estados financieros terminados al 31 de diciembre de 2025, no incluidos aquí, de la Caja de Compensación Familiar de Antioquia "COMFAMA", identificada con NIT. 890.900.841-9.

Los registros contables no auditados, por el periodo de seis meses comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026, de las cuentas 2370080500 "Retenciones y aportes nómina fondos pensión", 2370050500 "Retenciones y aportes nómina E.P.S", 2370060500 "Retenciones y aportes nómina riesgos profesionales", 2370100500 "aportes a caja de compensación familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF", incluyen la causación de los aportes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Las planillas integradas de liquidación evidencian el pago de dichos aportes por el período antes mencionado.

La información contable, financiera, tributaria y extracontable es responsabilidad de la Administración de la Caja.

No estoy enterado de situaciones que impliquen cambios significativos a la información anteriormente indicada.

Esta certificación se expide por solicitud de la Caja en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y modificatorias, y no debe ser utilizada para ningún otro propósito.

JUAN ESTEBAN TAMAYO LAVERDE

Digitally signed by JUAN ESTEBAN TAMAYO LAVERDE
Date: 2026.07.14 13:12:40 -05'00'

Juan Esteban Tamayo Laverde
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 163391-T
Designado por Ernst & Young Audit S.A.S. TR-530

Bogotá, D.C.
14 de julio de 2026

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-07-08, 10:29:23 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2026 |
| **Empresa** | COMFAMA |
| **NIT** | NI 890900841 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 86630091 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 462888910 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 12.322.397.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1488 | $ 873.123.000 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 2881 | $ 2.212.260.600 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 2242 | $ 1.796.486.600 | $ 0 |
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 341 | $ 228.219.300 | $ 0 |
| N800253055 | 230901 | FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA | 26 | $ 36.129.200 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 291 | $ 122.568.300 | $ 0 |
| N806008394 | EPS048 | EPS-S MUTUAL SER | 1 | $ 426.700 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 160 | $ 96.815.400 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 1.027.700 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 228 | $ 97.118.300 | $ 0 |
| N900604350 | EPS040 | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | 108 | $ 34.208.100 | $ 0 |
| N900156264 | EPS041 | CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD | 5 | $ 1.325.100 | $ 0 |
| N900226715 | EPS042 | CMRC Recaudo Coosalud ADRES EPS 042 | 10 | $ 4.535.300 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 6235 | $ 3.605.246.300 | $ 0 |
| N901037916 | MIN002 | ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES | 11 | $ 3.685.100 | $ 0 |
| N890980040 | RES011 | PROGRAMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE A | 2 | $ 602.700 | $ 0 |
| N806008394 | ESSC07 | EPS-S MUTUAL - MOV | 3 | $ 708.400 | $ 0 |
| N900226715 | ESSC24 | CMRC Recaudo Coosalud ADRES ESSC24 | 46 | $ 17.127.900 | $ 0 |
| N899999063 | RES008 | Univ. Nacional | 1 | $ 604.700 | $ 0 |
| N901543211 | CCFC55 | EPS PROTEGER | 2 | $ 437.800 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 4 | $ 4.188.600 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 7108 | $ 435.740.400 | $ 0 |
| N890200106 | CCF39 | CAJASAN | 1 | $ 167.300 | $ 0 |
| N890102002 | CCF06 | COMBARRANQUILLA | 1 | $ 421.400 | $ 0 |
| N891080005 | CCF16 | COMFACOR | 12 | $ 1.229.000 | $ 0 |
| N800211025 | CCF48 | COMFATOLIMA | 1 | $ 167.300 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT | 6998 | $ 1.219.071.100 | $ 0 |
| N891800213 | CCF10 | COMFABOY | 1 | $ 161.300 | $ 0 |
| N890000381 | CCF43 | COMFENALCO QUINDIO | 1 | $ 758.700 | $ 0 |
| N899999034 | PASENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN | 7015 | $ 611.214.300 | $ 0 |
| N899999239 | PAICBF | ICBF | 7015 | $ 916.621.300 | $ 0 |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Aguas Del Paramo - Nit: 900673469

Viernes, 24 de julio de 2026, 12:08:48 p.m.

Número del registro
8

Fecha de aplicación
24 Jul 2026

Nombre del destinatario
Caja De Compensaci

Identificación destinatario
890900841

Producto destino
111 - 5037 - 96

Tipo de producto
Cuenta de ahorros

Banco
Bancolombia

Valor
COP $ 1.039.000,00

Estado del pago
Exitoso

Código
OKA

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 200.35.33.165