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 [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 4

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 01/06/2026 a 30/06/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?	SI		NO	X
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78.4%			

2. DATOS DEL SUPERVISOR

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR	IRIS LUCÍA ROSAS CHAVES
2.2 PROCESO O ÁREA	SUBGERENCIA DE PYMS
2.3 CARGO	SUBGERENTE DE PYMS

3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

3.1 NUMERO DE CONTRATO	100.23.19.20260035
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAAA)	12/03/2026
3.3 CONTRATISTA	CLINIMAGENES S.A.S.
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900701342-7
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	202600108
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL	202600171
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$106.000.000.00 (CIENTO SEIS MILLONES DE PESOS MCTE.)
3.8 PLAZO	31/07/2026
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	19/03/2026
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAAA)	31/07/2026
3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO	NA
3.12 SUSPENSIÓN	NA
3.13 REANUDACIÓN	NA
3.14 CESIÓN	NA
3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA	NA
3.16 ADICION	$ 46.000.000.00
3.17 PRORROGA	NA
3.18 OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA PARA LAS USUARIAS DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE.	

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

En seguimiento al Contrato N° 100.23.19.20260035 se presentó de manera oportuna él envió de los estudios realizados de la ruta integral de detección temprana de cáncer de mama para las usuarias de la Red de Salud del Oriente E.S.E.

No. de Factura	Fecha de la Factura	Valor de la Factura
FC2162	02/07/2026	$ 46.520.416.00

Relación Procedimientos Realizados:

1	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS AUTORIZACION: MG-JUNIO 2026	114,00	$ 103.784,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 11.831.376,00
2	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS AUTORIZACION: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 372.316,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.446.320,00
3	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT AUTORIZACION: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 398.360,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.967.200,00
4	898807-02	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE MARCACION INMUNOHISTOQUIMICA BASICA (ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA) AUTORIZACION: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 393.596,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.871.920,00
5	L0003	LECTURA MAMOGRAFIA AUTORIZACION: MG-JUNIO 2026	442,00	$ 25.800,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 11.403.600,00

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)									
Deficiente		A mejorar		Satisfactorio	X	Sobresaliente		No Aplica	

INFORME DE SUPERVISIÓN

5. RELACIÒN 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
PENSIÒN	07/2026	07/07/2026	$ 1.257.100.00
SALUD	06/2026	04/06/2026	$ 646.700.00
RIESGOS PROFESIONALES	07/2026	07/07/2026	$ 158.200.00
PARAFISCALES	07/2026	07/07/2026	$ 259.700.00
NUMERO DE PLANILLA	6019588157- 6027241360		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 152.000.000.00	19/03/2026
CUOTAS ANTERIORES	$ 72.793.912.00	03/06/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 46.520.416.00	02/07/2026
VALOR EJECUTADO	$ 119.314.328,00	02/07/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 32.685.672.00	02/07/2026

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

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

8. INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

SOPORTE FISICO: CD/DVD [ ] USB [ ] OTRO [X] N/A [ ]

OBSERVACIONES: El valor aprobado para el presente informe de supervisión corresponde al periodo comprendido entre el 01 al 30 de Junio 2026 en caso de presentarse alguna novedad relacionada con la revisión de lo ejecutado u otras actuaciones que están dentro de sus actividades contractuales estas serán reportadas en la siguiente factura o en su defecto en el acta de liquidación.
De igual forma se aclara que el número, fecha y valor de la factura se relacionan únicamente para efectos de trazabilidad del trámite de pago y en cumplimiento del Comunicado Interno GI-Si-029. Este registro no implica que la factura haya sido emitida con anterioridad a la supervisión, ni sustituye la verificación previa del cumplimiento contractual, la revisión del informe de actividades y los soportes correspondientes. La factura se entiende como anexo y soporte asociado al trámite de pago.

9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si [X] No: [ ]

11. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

02 de Julio 2026
FECHA DE ELABORACIÓN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA NRO: FC2162
FECHA: 02/07/2026 14:44:00
MONEDA: COP
FORMA DE PAGO: Crédito, Vence: 01/08/2026

CLINIMAGENES S.A.S.

NIT: 900701342-7 Cod. Prestador salud: 768340944001
CRA 33 # 24-06 TULUA / CLL 5B2 # 38-61 CALI. ALVERNIA
Tel: 300 913 4569
Tuluá, Valle del Cauca, CO
Régimen Ordinario

Cliente: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT: 805027337 - 4
CL 72 U 28 E 00. BRR POBLADO II
Tel: 6024377777
Cali, Valle del Cauca, CO
Régimen Ordinario

CUFE: 32ca1b6e5b03fccca675f69a56824a6c2ae1eb2bc25043bb413ab4ecfc8d0f686f088b2325bce6355e62a67301d43fd4

Nro.	Referencia	Descripción	Cant.	Precio	Copago/ Cuota Mod.	Dcto.	Total Dcto.	IVA	Subtotal
Periodo facturado desde 2026-06-01 **hasta** 2026-06-30									
Modalidad: Pago por evento **Cobertura:** Particular									
Datos del paciente: NI - 805027337 - RED SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL - Particular									
1	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS AUTORIZACIÓN: MG-JUNIO 2026	114,00	$ 103.784,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 11.831.376,00
2	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS AUTORIZACIÓN: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 372.316,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.446.320,00
3	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT AUTORIZACIÓN: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 398.360,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.967.200,00
4	898807-02	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE MARCACION INMUNOHISTOQUIMICA BASICA (ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA) AUTORIZACIÓN: MG-JUNIO 2026	20,00	$ 393.596,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 7.871.920,00
5	L0003	LECTURA MAMOGRAFIA AUTORIZACIÓN: MG-JUNIO 2026	442,00	$ 25.800,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 11.403.600,00

Subtotal	**$ 46.520.416,00**
Descuento	**$ 0,00**
IVA	**$ 0,00**
Copago/cuota Mod.	**$ 0,00**
Total	**$ 46.520.416,00**

Numeración autorizada del FC1001 al FC3000 resolución DIAN #18764105505503 del 2026-02-04 hasta 2028-02-04.

Observación:
GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

Clinimagenes
Ayudas diagnósticas para tu salud

Santiago de Cali, julio 3 de 2026

Ref: Informe cuantitativo de la prestación del servicio de lectura e interpretación de mamografías, toma de ecografía, biopsia y procesamiento por parte de Clinimágenes para Red de Salud Oriente E.S.E.

Información correspondiente al periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio de 2026.

ITEM	BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4	BIRADS 5	TOTAL, DE ESTUDIOS.	PROMEDIO TIEMPO DE LECTURA
MAMOGRAFÍA BILATERAL	44	123	270	1	4	0	442	1.9 DIAS

TOTAL, DE ESTUDIOS.	VALOR UNIDAD	TOTAL, VALOR ESTUDIOS
442	$ 25.800	**$ 11.403.600**

ITEM	TOTAL ESTUDIOS	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
ECOGRAFIAS	114	$ 103.784	$ 11.831.376
BIOPSIAS	20	$ 1.164.272	$ 23.285.440

Se expide en Santiago de Cali, a los 3 días del mes de julio 2026.

Atentamente.

Victoria Flórez G.

DIRECCION ADMINISTRATIVA

Vigilado Supersalud

Certificación para acreditar el pago de aportes a la seguridad social y aportes parafiscales

Señores
RED ORIENTE CALI

Con el objetivo de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre del 2002, todo lo consignado a continuación queda previsto bajo la gravedad de juramento.

CERTIFICO

Que **LA EMPRESA CLINIMAGENES S.A.S.,** Con NIT 900.701.342

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponde respecto al Sistema de Seguridad Social de los empleados con contrato laboral, en las ocasiones que se ha dado lugar a dichos pagos, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales, y en las circunstancias en las que ha sido necesario los aportes parafiscales al Servicio Nacional de Aprendizaje, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las Cajas de compensación familiar.

Se firma el 01 de Julio del año 2026

Actuando en calidad de:

Contadora Publica

Sonia Cristina Aristizábal H

SONIA CRISTINA ARISTIZABAL HIDALGO
C.C. No. 30.239.584
T.P. 200638-T

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900701342
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLINIMAGENES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TULUA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 33 N 24-06 ESQUINA	TELÉFONO:	2334499
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	10 - CALI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6019588157**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				365125709

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1.410.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.410.900	$ 0	$ 1.410.900
230301	230301-PORVENIR	2	$ 613.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 613.600	$ 0	$ 613.600
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 2.584.900**	**$ 0**	**$ 2.584.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 153.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.500	$ 0	$ 0	$ 153.500
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 408.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408.700	$ 0	$ 0	$ 408.700
ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 84.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.500	$ 0	$ 0	$ 84.500
SUBTOTALES:													**$ 646.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 646.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 389.700	$ 389.700	$ 0	$ 0	$ 389.700
SUBTOTALES:									**$ 389.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 389.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	8	$ 641.200	$ 0	$ 641.200
SUBTOTALES:			**$ 641.200**	**$ 0**	**$ 641.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1109116021	MESIAS RIASCOS ORIANNA NIKOLL	DEPEND		$ 2.060.319	FIJO			SI								01-30	01-31								
2	CC 1111663352	RIVAS HERNANDEZ WILLIAM FERNANDO	DEPEND		$ 1.893.600	FIJO			SI									01-31								
3	CC 1112459199	PALACIOS PALACIOS MARIA DARLY	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
4	CC 1118300549	URBANO BOJORGE JESSICA ANDREA	DEPEND		$ 1.893.600	FIJO			SI									01-31								
5	CC 1130662087	PEREZ PALACIOS KATHERIN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
6	CC 1144175100	BARRAGAN RAYO MELISSA	DEPEND		$ 2.800.000	FIJO			SI																	
7	CC 1192762793	AGREDO RAYO MARIA CAMILA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.155.411	$ 344.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 344.900
2	230301-PORVENIR	30	$ 2.082.557	$ 333.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 333.300
3	231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.110.760	$ 337.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 337.800
5	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000
7	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP; PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.155.411	$ 86.300	$ 0	$ 86.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.155.411		$ 52.600	30	$ 2.155.411	CCF57-COMFANDI	$ 86.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.082.557	$ 83.400	$ 0	$ 83.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.082.557		$ 50.800	30	$ 2.082.557	CCF57-COMFANDI	$ 83.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	ESSC62-ASMET SALUD EPS	30	$ 2.110.760	$ 84.500	$ 0	$ 84.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.110.760		$ 51.500	30	$ 2.110.760	CCF57-COMFANDI	$ 84.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 112.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.800.000		$ 68.300	30	$ 2.800.000	CCF57-COMFANDI	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900701342
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLINIMAGENES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TULUA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 33 N 24-06 ESQUINA	TELÉFONO:	2334499
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	10 - CALI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6019588157**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	365125709

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
8	CC 1234195953	HURTADO RUIZ KELLY JOHANA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI												19-20						230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 116.727	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-11 - ARL SURA	2	$ 116.727		$ 0	2	$ 116.727	CCF57-COMFANDI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1234195953	HURTADO RUIZ KELLY JOHANA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI												21-21						230301-PORVENIR	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 0	1	$ 38.910	CCF57-COMFANDI	$ 1.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1234195953	HURTADO RUIZ KELLY JOHANA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	27	$ 1.575.815	$ 252.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 252.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	27	$ 1.575.815	$ 63.100	$ 0	$ 63.100	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.575.815		$ 38.400	27	$ 1.575.815	CCF57-COMFANDI	$ 63.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.262.500

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900701342
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			CLINIMAGENES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TULUA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 33 N 24-06 ESQUINA	TELÉFONO:	2334499
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - TULUA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6027241360**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		27			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		460205615

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.232.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.400	$ 0	$ 1.232.700	$ 24.400	$ 1.257.100
SUBTOTALES:										**$ 1.232.700**	**$ 24.400**	**$ 1.257.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 98.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 98.000	$ 2.000	$ 0	$ 100.000
EPS018	EPS018-S.O.S.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.300	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 140.300	$ 2.800	$ 0	$ 143.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 70.100	$ 1.400	$ 0	$ 71.500
SUBTOTALES:													**$ 308.400**	**$ 6.200**	**$ 0**	**$ 314.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 155.100	$ 155.100	$ 3.100	$ 0	$ 158.200
SUBTOTALES:									**$ 155.100**	**$ 3.100**	**$ 0**	**$ 158.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	4	$ 254.600	$ 5.100	$ 259.700
SUBTOTALES:			**$ 254.600**	**$ 5.100**	**$ 259.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD								ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1114001320	RESTREPO MARIN VIVIANA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1116237179	PIRAQUIVE COSSIO YENNY ALEXANDRA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF57-COMFANDI	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1116271113	MORENO MONSALVE DIANA CAROLINA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	7	$ 408.545	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.400	EPS018-S.O.S.	7	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 16.400	14-11 - ARL SURA	7	$ 408.545		$ 10.000	7	$ 408.545	CCF57-COMFANDI	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1116271113	MORENO MONSALVE DIANA CAROLINA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI												08-09						230301-PORVENIR	2	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.700	EPS018-S.O.S.	2	$ 116.727	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-11 - ARL SURA	2	$ 116.727		$ 0	2	$ 116.727	CCF57-COMFANDI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1116271113	MORENO MONSALVE DIANA CAROLINA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI												10-31						230301-PORVENIR	21	$ 1.225.634	$ 196.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.200	EPS018-S.O.S.	21	$ 1.225.634	$ 49.100	$ 0	$ 49.100	14-11 - ARL SURA	21	$ 1.225.634		$ 0	21	$ 817.090	CCF57-COMFANDI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 30239584	ARBITIZABA L HIDALGO SONIA CRISTINA	DEPEND		$ 2.450.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 2.450.000	$ 392.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 392.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.450.000	$ 98.000	$ 0	$ 98.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.450.000		$ 59.700	30	$ 2.450.000	CCF57-COMFANDI	$ 98.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 1.989.600**

RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E

CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:6024377777
Nit. 805027337-4

CUENTA POR PAGAR
No.2026000939
Fecha: 22/07/2026

Tercero

NI 900701342-7 CLINIMAGENES SAS
Dirección: CR 33 24 06 **Teléfono:** 3009134569
Documento Presupuestal: COM - 202600171 **Documento Externo:** FC 2162 **Fecha Doc Externo:** 02/07/2026 **Fecha De Venc:** 01/08/2026

Descripción

CTO 100 23 19 2026-0035 SERVICIO DE ECOGRAFIAS DE MAMA, PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS COMPLEMENTARIAS EN EL MARCO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA CANCER DE MAMA JUN

Cuentas por Centro de Costo		Valor
73410204	SERVICIOS	$33.206.088.00

Subtotal:	**$33.206.088.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$33.206.088.00**

Son

TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
73410204	SERVICIOS	$33.206.088.00	
24362702	RETEICA POR SERVICIOS		$219.160.00
24360509	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD 2%		$664.122.00
24905501	SERVICIOS		$32.322.806.00
	Total	**$33.206.088.00**	**$33.206.088.00**

Aprobó

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA
CONTADOR
TP: 219156-T

Impreso por software SIHOS WEB

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

ORDEN DE PAGO
No. 202601263
22/07/2026

CUENTA POR PAGAR 2026000939 DEL 22/07/2026

Tercero: CLINIMAGENES SAS NI 900701342-7
Referencia Presupuestal:
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO **No.** COM-202600171
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **No.** CDP-202600108
Referencia Externa: CUENTA POR PAGAR **No.** 2026000939
Referencia Externa 2: DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR **No.** FC 2162

Concepto : Documento generado automaticamente a partir del documento CPP 2026000939: CTO 100.23.19.2026-0035 SERVICIO DE ECOGRAFIAS DE MAMA, PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS COMPLEMENTARIAS EN EL MARCO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA CANCER DE MAMA JUN (OTROS SERVICIOS DECLARANTES (24905501))

Rubro	Descripción	Valor
2	GASTOS	
24	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	
245	GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN	
24502	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	
2450209	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (INCLUYE ALCANTARILLADO, RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS, EDUCACION, SALUD Y OTROS SERVICIOS)	$33.206.088.00
	TOTAL:	**$33.206.088.00**

SON
TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 22 dias del mes de Julio 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:6024377777
Nit. 805027337-4

CUENTA POR PAGAR
No.2026000938
Fecha: 22/07/2026

Tercero

NI 900701342-7 CLINIMAGENES SAS
Dirección: CR 33 24 06 **Teléfono:** 3009134569
Documento Presupuestal: COM - 202600361 **Documento Externo:** FC2162 **Fecha Doc Externo:** 02/07/2026 **Fecha De Venc:** 01/08/2026

Descripción

CTO 100.23.19.2026-0035 OTRO SI SERVICIO DE ECOGRAFIAS DE MAMA, PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS COMPLEMENTARIAS EN EL MARCO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA CANCER DE MAMA JUN

Cuentas por Centro de Costo		Valor
73410204	SERVICIOS	$13.314.328.00

Subtotal:	**$13.314.328.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$13.314.328.00**

Son

TRECE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
73410204	SERVICIOS	$13.314.328.00	
24362702	RETEICA POR SERVICIOS		$87.875.00
24360509	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD 2%		$266.287.00
24905501	SERVICIOS		$12.960.166.00
	Total	**$13.314.328.00**	**$13.314.328.00**

Aprobó

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA
CONTADOR
TP: 219156-T

Impreso por software SIHOS WEB

RED DE SALUD DEL ORIENTE

Nit. 805027337-4
CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:6024377777

ORDEN DE PAGO
No. 202601261
22/07/2026

CUENTA POR PAGAR 2026000938 DEL 22/07/2026

Tercero: CLINIMAGENES SAS NI 900701342-7
Referencia Presupuestal:
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO **No.** COM-202600361
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **No.** CDP-202600259
Referencia Externa: CUENTA POR PAGAR **No.** 2026000938
Referencia Externa 2: DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR **No..** FC2162

Concepto : Documento generado automaticamente a partir del documento CPP 2026000938: CTO 100.23.19.2026-0035 SERVICIO DE ECOGRAFIAS DE MAMA, PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS COMPLEMENTARIAS EN EL MARCO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA CANCER DE MAMA JUN (OTROS SERVICIOS DECLARANTES (24905501))

Rubro	Descripción	Valor
2	GASTOS	
24	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	
245	GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN	
24502	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	
2450209	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (INCLUYE ALCANTARILLADO, RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS, EDUCACION, SALUD Y OTROS SERVICIOS)	$13.314.328.00
	TOTAL:	**$13.314.328.00**

SON
TRECE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 22 dias del mes de Julio de 2026 para efectos del control presupuestal.

SANDRA LILLIANA VELASQUEZ NARANJO
GERENTE
31573686