

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	FORMATO Informe de Supervision		Página 1 de 5	Código: SLV-FIN- VSC-16-F02
			Versión: 1	SLV-DES-01-F01

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 12 DEL CONTRATO No.123 DEL 25 DE MARZO DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y HERMES BOLAÑOS ARCOS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-120-2026	
Contrato N°:	123-2026	
Término:	La duración del contrato será hasta el 31 de octubre de 2026, contado a partir de la suscripción del acta de inicio.	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	25/03/2026	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31/10/2026	
Valor Inicial	\$ 800.000.000	
Otro si N° 1		
Contratista:	HERMES BOLAÑOS ARCOS	
NIT o Cedula de Ciudadanía	10.548.679	
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
Forma de pago:	El Hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de la respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA,ICBF,CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ETC.) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden de pago se le realizarán 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	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. 150 del 20 de Febrero de 2026	
No. Registro presupuestal	No. 253 del 25 de marzo de 2026	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo de la profesional universitaria Sandra Yadira Rosero Benavides con el apoyo que se designe o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	
Período a que corresponde el informe	DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)
	25/08/2026	25/08/2026
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	25/03/2026	

Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1
Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151

Página: www.hosusana.gov.co

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	FORMATO Informe de Supervision		Página 2 de 5	Código: SLV-FIN- VSC-16-F02
			Versión: 1	SLV-DES-01-F01

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	08/2026
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	\$ 812.500
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	\$ 34.000
AFP	COLPENSIONES	VALOR PAGADO	\$ 1.040.000
VALOR TOTAL PLANILLA	\$ 1.886.500	PLANILLA No.	93796133
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 28/07/2026		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 800.000.000
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 800.000.000
VALOR EJECUTADO	\$ 799.940.767
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	\$ 7.615.538
SALDO A EJECUTAR	\$59.233

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
<p>El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. a suministrar los dispositivos médicos descritos en la definición técnica y cumplir con las siguientes condiciones: 1). Suministrar los dispositivos médicos de forma debida y oportuna entendido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud realizada por la persona autorizada por el hospital, mediante llamada telefónica o solicitud por escrito. 2). Los de 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 presente proceso. 3).El contratista se obliga con el HOSPITAL a recibir por el ciento por ciento (100%) de su valor y para efectos de cambio o notas de crédito todos los dispositivos médicos 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 12 meses de anterioridad al vencimiento del producto 4). Las fechas de vencimiento de</p>	<p>ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</p>	<p>ACTA DE RECEPCION TECNICA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS</p>

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. CALLE 15 N° 17 A – 196 LA LADERA, TEL: 8211721 – 838 6363
PÁGINA: WWW.HOSUSANA.GOV.CO POPAYÁN, CAUCA – COLOMBIA

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL Susana López de Valencia	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	FORMATO Informe de Supervision		Página 3 de 5	Código: SLV-FIN- VSC-16-F02
			Versión: 1	SLV-DES-01-F01

los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 75% de la vida útil del dispositivo medico entregado. Cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el último día de su vencimiento. 5). Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser de ser pertinente. 6). Los productos que presenten no conformidades por calidad 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 48 horas siguientes a la notificación por parte del supervisor del contrato. 7). Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación, que sea solicitada y al mismo laboratorio al cual fue contratado, si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio al contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. 8). El contratista está en la obligación de acogerse y notificar a la entidad los cambios por precios estipulados en circulares u otros mecanismos que determine el gobierno para tal fin; en el evento que los dispositivos médicos que hagan parte del listado del presente contrato, sufran regulación de precios por políticas de control del Gobierno Nacional a través de la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos u otro medio. 9). Informar cuando el monto del contrato se haya ejecutado en un 60%. 10). No ceder el presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del 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 los dispositivos médicos, que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta de backorder de desabastecimiento del laboratorio/soporte. Una vez validado el desabastecimiento por parte de la entidad, el contratista deberá ofrecer de manera inmediata otra(s) alternativa(s) que cumplan con las mismas especificaciones técnicas del producto contratado (ficha técnica e invima); además se debe anexar carta emitida por el laboratorio fabricante o por el importador autorizado por el INVIMA, en la cual se justifique el producto a entregar. Dicho producto deberá ser verificado y sustentado por el director técnico farmacéutico, y a su vez deberá contar con la autorización del supervisor del contrato y el subdirector científico, para su aceptación. 13). En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un dispositivo medico nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el comité por el comité de farmacia y terapéutica, el HOSPITAL tendrá plena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos dispositivos médicos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentran 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 dispositivos médicos 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,

No.197 de 21/08/2026

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. CALLE 15 N° 17 A – 196 LA LADERA, TEL: 8211721 – 838 6363
PÁGINA: WWW.HOSUSANA.GOV.CO POPAYÁN, CAUCA – COLOMBIA

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	FORMATO Informe de Supervision		Página 4 de 5	Código: SLV-FIN- VSC-16-F02
			Versión: 1	SLV-DES-01-F01

<p>se deberán obtener al menos dos (2) cotizaciones diferentes, y se verificará que los productos cumplan con las especificaciones técnicas exigidas por el HOSPITAL (FICHA TECNICA E INVIMA). En caso de tratarse de dispositivos médicos 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.</p> <p>14). Si durante la ejecución del contrato se presentan o notifican incidentes o eventos adversos relacionados con el uso Dispositivos médicos que obligue al cambio de laboratorio, marca o lote, el contratista debe proponer alternativas que se encuentran en el mercado. Igualmente, si el INVIMA emite alertas sanitarias relacionadas con algún producto relacionado que se encuentre dentro del contrato, el contratista debe tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier retiro o desabastecimiento. Si durante la vigencia del contrato el registro sanitario INVIMA de alguna de los dispositivos médicos se encuentra próximo a vencer, el contratista deberá presentar oportunamente el trámite de renovación o la solicitud de autorización de agotamiento ante dicha entidad; según lo establecido en el decreto 4725 de 2005. Ministerio de salud y protección social. La documentación correspondiente deberá remitirse al momento de la recepción técnica del producto y al supervisor del contrato, so pena de no aceptación de los dispositivos médicos.</p> <p>15). Obligaciones generales ambientales del contratista: El contratista deberá acatar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del Hospital Susana López de Valencia, conocer su política y los objetivos ambientales; adquirir el compromiso de gestionar los aspectos ambientales asociados a las actividades derivadas de la ejecución del contrato (manejo adecuado de sustancias químicas, emisiones de gases de efecto invernadero - Gel y/o potenciales agotadores de ozono - PAO), generación de residuos sólidos) y garantizar el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones como proveedor del servicio, según la normatividad ambiental aplicable vigente, así como también garantizar la adherencia al mejoramiento continuo de la certificación ISO 14001 2015 de la cual la institución es acreedora.</p>		

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

Se aclara que en el comprobante AI000000001610 tanto la fecha de ingreso como la fecha de la factura se ingresan mal por error involuntario; La fecha correcta del ingreso es 25 de agosto del 2026, la cual es la misma de la factura.

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobante de entrada, factura electrónica, acta de recepción, planilla de seguridad social y parafiscal.	5

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AI000000001610	25/08/2026	FP382	25/08/2026	\$ 7.615.538
			TOTAL	\$7.615.538

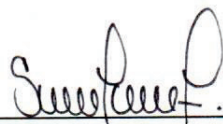
8. CERTIFICACION DE PAGO:

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 (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)	\$ 7.615.538
25/08/2026	25/08/2026	

El anterior informe se firma a los nueve (9), día del mes de septiembre del 2026.


SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
59.795.635
 Supervisor del contrato

Proyecto y Revisó: Alicia Angulo- Afiliada Participe Asies
 Aprobó: Sandra Yadira rosero Benavides- supervisor del contrato
 Líder de proceso: Pablo Ante

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001610

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679

FECHA: 24/08/2026 10:12 a. m.

CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA)

ESTADO: Confirmado

DIRECCION: CALLE 52 N BIS 11 150

MONEDA: Pesos

TELEFONO: 3146794125

TASA CAM:

0,00

Nº FACTURA: FP382

% ICA: 0,0000

PLAZO: 0

FECHA FAC: 21/08/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000006	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	414,00	\$ 15.458,00	\$ 6.399.612,00	0,00	19,00
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
PROELECTRIFICACION		2,0000	6399612,0000	127992,0000			
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
PRODESARROLLO		2,0000	6399612,0000	127992,0000			
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
TASA PRODEPORTES		1,5000	6399612,0000	95994,0000			
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
PRO ADULTO MAYOR		3,0000	6399612,0000	191988,0000			
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA		1,0000	6399612,0000	63996,0000			
CONCEPTO DE RETENCION		%	Vlr. Base	Vlr. Retenido			
PRO CULTURA		0,5000	6399612,0000	31998,0000			

DETALLE

CONTRATO 123-2026

SUBTOTAL: \$ 6.399.612,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 1.215.926,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 182.389,00

RETE ICA: \$ 0,00

RETE FUENTE: \$ 0,00

OTRAS RETE: \$ 639.960,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 6.793.189,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE
PESOS CON CERO CTVS M/Cte.OPERARIO CONT FUNCIONES DE
AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO
EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECESPROFESIONAL UNIVERSITARIO
SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOSU CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO
ORBES

U CONFIRMA: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

**HERMES BOLAÑOS ARCOS**

NIT: 10548679
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas IVA
Tipo de persona: Persona Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTERO SALES,
POPAYÁN, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244
Email. udsuministros@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No de Factura: FP382
Fecha Emisión: 25/08/2026 - 14:22:04
Fecha Vencimiento: 21/09/2026
Moneda: COP Peso colombiano
Fecha Firmado: 25/08/2026 14:22:05

Régimen Simple de Tributación

Autorización factura electrónica de venta No: 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600

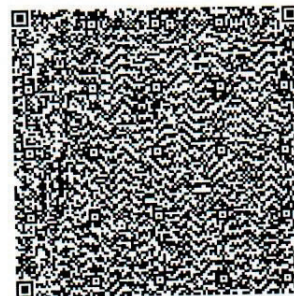
DATOS DEL RECEPTOR

NIT: 891501676
Nombre/Razón Social: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección: CL 15 17A 196, POPAYÁN, Cauca, Colombia
Teléfono: 8386363
Email: facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 21/09/2026
Total de Líneas: 1

Total de Líneas:										
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SG-0002	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S. CAJA*100Lote:5306LPFecha vencimiento: 2031-02-01 Registro invima2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	414,00	\$15.458,00	IVA	19,00%	\$1.215.926,00	\$0,00	\$6.399.612,00
IMPUESTO		BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL		IMPORTE		Subtotal:		\$6.399.612,00	
IMPUESTOS								Cargos:		\$0,00
01 IVA		\$6.399.612,00	19,00%		\$1.215.926,00		Descuentos:		\$0,00	
								IVA:		\$1.215.926,00
								Total:		\$7.615.538,00
Son:		(siete millones seiscientos quince mil quinientos treinta y ocho pesos con cero centavos)								
CUFE:		c3631db46c816b5c04ba0a145dff2faeffc5365aa3ce61e210b3f5c7486deed48d39a6351bb279c47e44b72cdbebb76d								
Notas:										

Firma Digital: gKZFgwI/A2sZuVBdR6f5Gb3kz4zLnvqwh5ELph0t17mi7mQd3ZDaqsER03plgEB
bx+NA/coYebjudEiBs+gsGW8dEhgncQnc7syrV8Mbm61HP3QtXpNg1rEpL+a/Fuf
mn/m0FD3eRQanL6idh+VYznAN3TeBEBb3wLKS0BWYfkV8UJpnTc945+WU69/LZmk
EUF5t/8Q8TfuVmk1ogo4YidSBJmcusd5EGMnH54g/ayEToe/prQEa1c/i+jlhGgL
3MMEvcx0J5Nukhkl726rkXX69i5IrCcqUz8XbcgikadPitFFN9vYSRy1V/05LRMI
Ca9VB0vmCZyNP+r560EHIQ==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



Software: e-Factura Proveedor tecnológico: **cadena.** Nit. 890.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8





Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA N°	DÍA	MES	AÑO
197	21	8	2026

SLV-AF-05-F01
Version 2



Proveedor: HERMES BOLANOS ARCOS
HORA: 11:00AM

Factura N°: FP382 Factura Vigente hasta: 21/09/2026

Registrar C si "cumple" / NC si "no cumple" / N/A si "no aplica"														
No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentación comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida útil días	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registro sanitario vigente	Condiciones de transporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5306LP	1641	1/02/2031	414	400	13	C	C	C	C

ELABORADO POR:

Firma
Regente encargado de recepción

VERIFICADO POR:

Firma
Químico Farmacéutico

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
NÚMERO		NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC		HERMES BOLANOS ARCOS		CL. 2N BIS 11A-34	8329561	udasuministros@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA		I.-Independiente		CAUCA	POPAYÁN	NO		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		93796133	28/07/2026	1	0
PERIODO SALID			TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	1	\$0	\$1,886,500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	Contratación Obligatoria
EPS005	Santitas EPS	8007551440-6
		812 500

Ciclo Maternidad	Valor	Días Mora	Valor Mora Cetzización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	0	0	0	0	872.500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTAL PERSON			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.040.000

FSP - Unidad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiados
	0	0	0		1,040,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.000

Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
0	34,000			340	34,000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IGP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	812.500	812.500
Pensión	1	1.040.000	1.040.000
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000
CGF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.886.500	1.886.500

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS	CLL 2N BIS 11A-34
			8329561
			udsuministro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		
		CAUCA	POPAYÁN
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIANES/AAO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIANES/AAO)
		93796133	28/07/2026
		TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
		2026-08	\$0
		PERIODO SALUD	TOTAL A PAGAR
		2026-08	\$1.885.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INFORMACION COTIZANTE										INFORMACION NOVEDADES										PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Constante	Subgrupo	Estrato	Código de Estrato	INFORMACION NOVEDADES										Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo para subsistencia	Cód. EPS	IBCF EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBCF ARL	Días	Cód. de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Días	Aporte CCF	IBCF otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte EAP	Aporte IEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
							TAE	TOD	TOP	TAP	VAP	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT																								REL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
1	CC 10548679	BOLAÑOS ARCOS HERMES	57	0	N		REL	VCT	AVP	VAC	IOE	SLN	LMA	VAP	VAP	TAP	TOD	TOP	TAE	REL	IOE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</



NIT 10548679 – 1

UNIVERSAL DE SUMINISTROS CA

EL SUSCRITO

CERTIFICA:

Que **HERMES BOLAÑOS ARCOS** con Nit. 10.548.679-1 se encuentra al día y a paz y salvo con el pago de los aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales y fondo de pensiones, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles.

Expedida a los Dos (02) días del mes de Agosto de 2026.

Cordialmente,

Hermes Bolaños Arcos
Gerente