71. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL [ ] INFORME FINAL [X]

Cuota Número 5

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 01/07/2026 a 31/07/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?	SI		NO	X
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.4%			

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
FC2630	05/08/2026	$ 31.848.808.00

Relación Procedimientos Realizados:

1	1.0003	LECTURA MAMOGRAFIA AUTORIZACION: MG-JULIO 2026	528,00	$ 25.800,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 13.622.400,00
2	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS AUTORIZACION: MG-JULIO 2026	41,00	$ 103.784,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.255.144,00
3	898807-02	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE MARCACION INMUNOHISTOQUIMICA BASICA (ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA) AUTORIZACION: MG-JULIO 2026	12,00	$ 393.596,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.723.152,00
4	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS AUTORIZACION: MG-JULIO 2026	12,00	$ 372.316,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.467.792,00
5	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT AUTORIZACION: MG-JULIO 2026	12,00	$ 398.360,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.780.320,00

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
PENSIÓN	08/2026	18/08/2026	$ 2.334.000.00
SALUD	07/2026	28/07/2026	$ 632.900.00
RIESGOS PROFESIONALES	08/2026	18/08/2026	$ 355.800.00
PARAFISCALES	08/2026	18/08/2026	$ 583.800.00
NUMERO DE PLANILLA	6022965948 - 6029535949		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 152.000.000.00	19/03/2026
CUOTAS ANTERIORES	$ 119.314.328.00	02/07/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 31.848.808.00	05/08/2026
VALOR EJECUTADO	$ 151.163.136.00	05/08/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 836.864.00	05/08/2026

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 31 de Julio 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

05 de Agosto 2026
FECHA DE ELABORACIÓN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA NRO: FC2630
FECHA: 05/08/2026 15:59:00
MONEDA: COP
FORMA DE PAGO: Crédito, Vence: 04/09/2026

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: 249e4219c156cfe7310b0ea15305a0ff47ba4104fc8a05f583f4b14bc54c505c3a61b98917e1da38f38fd8b689c8ddd0c

Nro.	Referencia	Descripción	Cant.	Precio	Copago/ Cuota Mod.	Dcto.	Total Dcto.	IVA	Subtotal
Periodo facturado desde 2026-07-01 **hasta** 2026-07-31									
Modalidad: Pago por evento **Cobertura:** Particular									
Datos del paciente: NI - 805027337 - RED SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL - Particular									
1	L0003	LECTURA MAMOGRAFIA AUTORIZACIÓN: MG-JULIO 2026	528,00	$ 25.800,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 13.622.400,00
2	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS AUTORIZACIÓN: MG-JULIO 2026	41,00	$ 103.784,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.255.144,00
3	898807-02	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE MARCACION INMUNOHISTOQUIMICA BASICA (ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA) AUTORIZACIÓN: MG-JULIO 2026	12,00	$ 393.596,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.723.152,00
4	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS AUTORIZACIÓN: MG-JULIO 2026	12,00	$ 372.316,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.467.792,00
5	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT AUTORIZACIÓN: MG-JULIO 2026	12,00	$ 398.360,00	$ 0,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 4.780.320,00

Subtotal	**$ 31.848.808,00**
Descuento	**$ 0,00**
IVA	**$ 0,00**
Copago/cuota Mod.	**$ 0,00**
Total	**$ 31.848.808,00**

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

Observación:
GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS - MG JULIO 2026

GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

Clinimagenes
Ayudas diagnósticas para tu salud

Santiago de Cali, agosto 5 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 31 de julio de 2026**.**

ITEM	BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4	BIRADS 5	BIRADS 6	TOTAL, DE ESTUDIOS.	PROMEDIO TIEMPO DE LECTURA
MAMOGRAFÍA BILATERAL	42	158	320	3	3	1	1	528	1.3 DIAS

TOTAL, DE ESTUDIOS.	VALOR UNIDAD	TOTAL, VALOR ESTUDIOS
528	$ 25.800	**$ 13.622.400**

ITEM	TOTAL ESTUDIOS	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
ECOGRAFIAS	41	$ 103.784	$ 4.255.144
BIOPSIAS	12	$ 1.164.272	$ 13.971.264

Se expide en Santiago de Cali, a los 5 días del mes de agosto 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 04 de Agosto 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

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:	10 - CALI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6022965948**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	19				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		516599227

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	$ 1.400.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.500	$ 0	$ 1.400.800	$ 19.500	$ 1.420.300
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.900	$ 0	$ 280.200	$ 3.900	$ 284.100
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.900	$ 0	$ 280.200	$ 3.900	$ 284.100
230301	230301-PORVENIR	2	$ 534.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 0	$ 534.000	$ 7.500	$ 541.500
SUBTOTALES:										**$ 2.495.200**	**$ 34.800**	**$ 2.530.000**

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	$ 154.600	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 154.600	$ 2.200	$ 0	$ 156.800
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 314.700	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 314.700	$ 4.400	$ 0	$ 319.100
ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 84.700	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 84.700	$ 1.200	$ 0	$ 85.900
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 70.100	$ 1.000	$ 0	$ 71.100
SUBTOTALES:													**$ 624.100**	**$ 8.800**	**$ 0**	**$ 632.900**

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	$ 380.300	$ 380.300	$ 5.300	$ 0	$ 385.600
SUBTOTALES:									**$ 380.300**	**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 385.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	8	$ 624.100	$ 8.700	$ 632.800
SUBTOTALES:			**$ 624.100**	**$ 8.700**	**$ 632.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1109116021	MESIAS RIASCOS DRIANNA NIKOLL	DEPEND		$ 2.060.319	FIJO			SI								01-30	01-31								25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.086.665	$ 333.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 333.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.086.665	$ 83.500	$ 0	$ 83.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.086.665		$ 50.900	30	$ 2.086.665	CCF57-COMFANDI	$ 83.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1111663352	RIVAS HERNANDEZ WILLIAM FERNANDO	DEPEND		$ 1.893.600	FIJO			SI									01-31								230301-PORVENIR	30	$ 2.110.760	$ 337.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 337.800	EPS002-SALUD TOTAL	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
3	CC 1112459199	PALACIOS PALACIOS MARIA DARLY	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	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	CC 1118300549	URBANO BOJORGE JESSICA ANDREA	DEPEND		$ 1.893.600	FIJO			SI									01-31								25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.116.400	$ 338.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 338.700	ESSC62-ASMET SALUD EPS	30	$ 2.116.400	$ 84.700	$ 0	$ 84.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.116.400		$ 51.600	30	$ 2.116.400	CCF57-COMFANDI	$ 84.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1130662087	PEREZ PALACIOS KATHERIN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	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	CC 1144175100	BARRAGAN AYO MELISSA	DEPEND		$ 2.800.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000	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	CC 1192762793	AGREDO RAYO MARIA CAMILA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS012-COMFENALCO VALLE	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 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:	**6022965948**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	19		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	516599227

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD							ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	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		21															230301 - PORVENIR	21	$ 1.225.634	$ 196.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	21	$ 1.225.634	$ 49.100	$ 0	$ 49.100	14-11 - ARL SURA	21	$ 1.225.634		$ 29.900	21	$ 1.225.634	CCF57 - COMFANDI	$ 49.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.181.300

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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,
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:	**6029535949**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		575240588

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 281.500
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1.419.300
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 281.500
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 351.700
		SUBTOTAL:	7	**$ 2.334.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9009351267	ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1	$ 86.700
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 70.500
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5	$ 426.700
		SUBTOTAL:	7	**$ 583.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8903032085	CCF57	CCF57-COMFANDI	7	$ 583.800
		SUBTOTAL:	7	**$ 583.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	7	$ 355.800
		SUBTOTAL:	7	**$ 355.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 3.839.600**
VALOR MORA:	**$ 17.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 3.857.500**

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.2026001103
Fecha: 20/08/2026

Tercero

NI 900701342-7 CLINIMAGENES SAS
Dirección: CR 33 24 06 **Teléfono:** 3009134669
Documento Presupuestal: COM - 202600361 **Documento Externo:** FC2630 **Fecha Doc Externo:** 05/08/2026 **Fecha De Venc:** 04/09/2026

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 JUL

Cuentas por Centro de Costo		Valor
73410204	SERVICIOS	$31.848.808.00

Subtotal:	**$31.848.808.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$31.848.808.00**

Son

TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
73410204	SERVICIOS	$31.848.808.00	
24362702	RETEICA POR SERVICIOS		$210.202.00
24360509	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD 2%		$636.976.00
24905501	SERVICIOS		$31.001.630.00
	Total	**$31.848.808.00**	**$31.848.808.00**

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. 202601521
20/08/2026

CUENTA POR PAGAR 2026001103 DEL 20/08/2026

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.** 2026001103
Referencia Externa 2: DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR **No.** FC2630

Concepto : Documento generado automaticamente a partir del documento CPP 2026001103: 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 JUL (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)	$31.848.808.00
	TOTAL:	**$31.848.808.00**

SON
TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 20 dias del mes de Agosto de 2026 para efectos del control presupuestal.

SANDRA LILLIANA VELASQUEZ NARANJO
GERENTE
31573686

Etmar
Secretaría capital
Secop.

RED DE SALUD DEL ORIENTE

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

ORDEN DE PAGO
No. 202601599
26/08/2026

CUENTA POR PAGAR 2026001145 DEL 26/08/2026

Tercero: GENOMICS SAS NI 900023605-1
Referencia Presupuestal:
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO **No.** COM-202600114
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **No.** CDP-202600018
Referencia Externa: CUENTA POR PAGAR **No.** 2026001145
Referencia Externa 2: DOCUMENTO EXTERNO DEL PROVEEDOR **No..** GFEE5176

Concepto : Documento generado automaticamente a partir del documento CPP 2026001145: CTO 100.23.19.2026-0017 SERVICIO LABORATORIO PARA PROCESAMIENTO Y LECTURA DE TSH NEONATAL AGO (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)	$1.401.600.00
	TOTAL:	**$1.401.600.00**

SON
UN MILLON CUATROCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 26 dias del mes de Agosto de 2026 para efectos del control presupuestal.

SANDRA LILLIANA VELASQUEZ NARANJO
GERENTE
31573686

Scanned with CamScanner

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.2026001145
Fecha: 26/08/2026

Tercero

NI 900023605-1 GENOMICS SAS
Dirección: CR 39 4 13 4 15 **Teléfono:** 3185707985
Documento Presupuestal: COM - 202600114 **Documento Externo:** GFEE5176 **Fecha Doc Externo:** 06/08/2026 **Fecha De Venc:** 05/09/2026

Descripción

CTO 100.23.19.2026-0017 SERVICIO LABORATORIO PARA PROCESAMIENTO Y LECTURA DE TSH NEONATAL AGO

Cuentas por Centro de Costo		Valor
73120211	DIVERSOS	$1.401.600.00

Subtotal:	**$1.401.600.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$1.401.600.00**

Son

UN MILLON CUATROCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Imputación Contable

Codigo	Cuenta	Debe	Haber
73120211	DIVERSOS	$1.401.600.00	
24360509	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD 2%		$28.032.00
24905501	SERVICIOS		$1.373.568.00
	Total	**$1.401.600.00**	**$1.401.600.00**

Aprobó

Contabilizo

PEDRO ALEJANDRO CORREA CARTAGENA
CONTADOR
TP: 219156-T

FT

Impreso por software SIHOS WEB

Scanned with CamScanner