INFORME DE SUPERVISIÓN No. 006 DEL CONTRATO No. 188 DEL 2025 DEL 12 DE JUNIO DE 2025, CON OTRO SI N° 1 DEL 29 DE AGOSTO DEL 2025; SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Y HERMES BOLAÑOS ARCOS

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-186-2025	
Contrato N°:	188-2025	
Término:	La duración del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	20 de junio del 2025	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31 de diciembre del 2025	
Valor Inicial	**$ 511.745.475**	
Otro si N° 1	MODIFICATORIO CLAUSULA SEGUNDA	
Contratista:	HERMES BOLAÑOS ARCOS	
NIT o Cedula de Ciudadanía	10548679-1	
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
Forma de pago:	El Hospital pagará 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. PARÁGRAFO PRIMERO: 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	N° 260 del 08 de mayo del 2025	
N ° Registro presupuestal	N° 648 del 12 de junio del 2025	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo del profesional universitario 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.	
Período a que corresponde el informe	**DESDE**	**HASTA**
	NO APLICA	**NO APLICA**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	13 de junio del 2025	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	OCTUBRE
EPS	SANITAS EPS	VALOR PAGADO	$812.500
ARL	POSITIVA SEGUROS	VALOR PAGADO	$34.000
AFP	COLPENSIONES	VALOR PAGADO	$1.105.000
VALOR TOTAL PLANILLA	$1.951.500	PLANILLA No.	90369642
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	Certificación de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales fecha del 03 de Octubre del 2025.		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$511.745.475,00
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$511.745.475,00
VALOR EJECUTADO	$446.570.014,00
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$62.706.722,00
SALDO A EJECUTAR	**$ 65.175.461,00**

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
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)** Los elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando la siguiente información: **A.** Número de lote de fabricación. **B.** Fecha de vencimiento. **C.** Registro INVIMA. **D.** Laboratorio fabricante. **E.** Valor unitario. **F.** La descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. **2)** El tiempo de entrega de los productos a suministrar será hasta las 48 horas contadas a partir de la solicitud .realizada por el supervisor, en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. **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	Entrega de dispositivos médicos de acuerdo a las obligaciones del contratista	Acta de recepción técnica de productos farmacéuticos

independientemente si el contrato se encuentra ejecutado o pendiente por liquidar. **4)** En caso de presentarse desabastecimiento de algún producto contratado el contratista deberá notificar las alternativas que puedan reemplazar dicho producto el cual será aprobado por el Hospital. **5)** Las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 75% de la vida útil del dispositivo médico 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. **6)** Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación, que sea solicitada y al mismo laboratorio el cual fue contratado, si se hace entrega de elementos en concentración o laboratorio diferente al contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. **7)** Los productos que presenten no conformidades por calidad del producto 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 los cinco (05) días siguientes a la entrega del dispositivo médico. **8)** Presentar factura con el lleno de requisitos, de acuerdo a la normatividad vigente o a lo exigido por el trámite interno del hospital. **9)** Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad y efectividad, durante el periodo de vida útil adjuntando los registros invimas y fichas técnicas de ser pertinente. **10)** no ceder ni subcontratar el objeto del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL. **11)** Informar por escrito en caso de desabastecimiento de dispositivos médicos que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta de pedido pendiente por desabastecimiento del laboratorio como soporte. **12)** 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 -- GEI 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.		N.º 776 del 21/10/2025 N.º 271 del 22/10/2025

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobantes de entrada, facturas, actas de recepción técnica, planillas de seguridad y parafiscales.	8

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N.º COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	VALOR DEL COMPROBANTE	N.º FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AG000000030371	22/10/2025	$ 45.674.252,00	FP318	21/10/2025	$ 45.674.252,00
AI000000001310	23/10/2025	$ 17.032.470,00	FP319	22/10/2025	$ 17.032.470,00

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	HASTA	
NO APLICA	NO APLICA	$ 62.706.722,00

El anterior informe se firma a los 13 días del mes de noviembre del 2025.

SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
Cc: 59.795.635
Supervisor del contrato

MARICRUZ DURAN PATERNINA
Cc: 45.545.674
Director técnico del servicio farmaceutico

Proyectó: Nury Estefany Chilito Orbes -afiliada participe-ASIES
Revisó: Alicia Angulo- afiliada participe- ASIES
Aprobó: Sandra Yadira Rosero Benavides - Profesional universitario

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS	CLL 2N BIS 11A-34	8329561	udsuministros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	03/10/2025	90369642	$1.951.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	812.500	0		0		0	0	0	0	812.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.040.000	0	0	32.500	32.500	0	0		1.105.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.000				34.000	0	0	34.000			340	34.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	812.500	812.500
Pensión	1	1.105.000	1.105.000
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.951.500	1.951.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS	CLL 2N BIS 11A-34	8329561	udsuministros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-10	2025-10	I	03/10/2025	90369642	TOTAL A PAGAR	
					$1.951.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	10548679	BOLAÑOS ARCOS HERMES	57	0			N																	25-14	6.500.000	1.040.000	0	0	32.500	32.500	EPS005	6.500.000	812.500	14-23	6.500.000	1	34.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

3/10/2025

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HERMES BOLANOS ARCOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **10548679**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570197070037241**
Fecha de apertura	**13/01/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

UNIVERSAL DE SUMINISTROS CA

NIT 10548679 – 1

LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA

CERTIFICA:

Que el señor **HERMES BOLAÑOS ARCOS** con CC No. **10.548.679** se encuentra al día y a paz y salvo con el pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales y fondos de Pensiones durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles.

Se expide a los tres (3) días del mes de octubre del año 2025.

Cordialmente:

LUCY STELLA ROSAS IBARRA
CC 34.544.897 de Popayán.
TP 38548-T

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. USUARIO 589

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000030371

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679
CIUDAD: POPAYAN (CAUCA)
DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES
TELEFONO: 3104103244
Nº FACTURA: FP318 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0

FECHA: 22/10/2025 05:41 p. m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 21/10/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000045	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.5	PARES	1.200,00	$1.837,52	$2.205.024,00	0,00	19,00
DMG0000007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 6.5	PARES	5.000,00	$1.690,50	$8.452.500,00	0,00	19,00
DMG0000008	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.0	PARES	6.000,00	$1.690,50	$10.143.000,00	0,00	19,00
DMG0000009	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.5	PARES	6.400,00	$1.690,50	$10.819.200,00	0,00	19,00
DMG0000010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.0	PARES	4.000,00	$1.690,50	$6.762.000,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	38381724,0000	767634,0000
PRODESARROLLO	2,0000	38381724,0000	767634,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	38381724,0000	575726,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	38381724,0000	1151452,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	38381724,0000	383817,0000
PRO CULTURA	0,5000	38381724,0000	191909,0000

DETALLE
CTO 188 DEL 2025

SUBTOTAL:	$38.381.724,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$7.292.528,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$1.093.879,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$3.838.172,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$40.742.201,00

TOTAL COMPROBANTE:
CUARENTA MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

COMPROBANTE ENTRADA

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

U CREACION: 589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA **U CONFIRMA:**589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	
No. de Factura	FP318
Fecha Emisión	21/10/2025 09:05:53-05:00
Fecha Vencimiento	21/11/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	21/10/2025 09:05:57

Autorización facturación electrónica No. 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600.

Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o 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:	21/11/2025
Total de Lineas:	5

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0011	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.5 CAJA*50 PARES SH25047FECHA V: 03/2030REGISTRO INVIMA: 2023DM-0027393MEDISPO	BX	24,00 1200	$91.876,00 1.837,52	IVA	19%	418955	0,00	$2.205.024,00
2	SG-0007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 6.5 CAJA*50 PARES LOTE: SH25047FECHA V: 03/2030REGISTRO INVIMA: 2023DM-0027393 MEDISPO	BX	100,00 5000	$84.525,00 1.690,50	IVA	19%	1605975	0,00	$8.452.500,00
3	SG-0009	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.0 CAJA*50 PARESLOTE: SH25047FECHA V: 03/2030REGISTRO INVIMA: 2023DM-0027393MEDISPO	BX	120,00 6000	$84.525,00 1.690,50	IVA	19%	1927170	0,00	$10.143.000,00
4	SG-0008	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.5 CAJA*50 PARESLOTE: SH 25053FECHA V: 03/2030REGISTRO INVIMA: 2023DM-0027393, Marca Medispo	BX	128,00 6400	$84.525,00 1.690,50	IVA	19%	2055648	0,00	$10.819.200,00
5	SG-0010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.0 CAJA*50 PARES LOTE: SH25047FECHA V: 03/2030REGISTRO INVIMA: 2023DM-0027393MEDISPO	BX	80,00 4000	$84.525,00 1.690,50	IVA	19%	1284780	0,00	$6.762.000,00

Firma Digital: XxrW4SwwbEEfCJbjUlds/VuW1YnYPsRH1gQXYGn/QxBjomSo669ohTTD1wn4UuR4
IVIoiJ4BP8DkibgLcNN9hF/JFZovrF2mANCpnyuvHSRnIU425M
2QYZZ6rdeKXH8C G6wVT3YVg5X/5CztaN0DANzB+QLU5Zt34ME90breDKUzKS/9JHgPac/i8i7WZ4Lo MT5B4LRnl/AMpi0aXBEAbQeM67JZpmbTb/u
ghZjRoebv6CZYo06ZcNrYLvIHYel2 MgpQ2a4s2rQKGWuC1oiTb2ik7b234TxA2Q4htVrvTtRcFcuP8DKYmeopO7fG6Yni LNNbtR6EWqty53mzAJsX
ug==

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.

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe
01 IVA	$38.381.724,00	19,00%	$7.292.528,00

Subtotal:	$38.381.724,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$7.292.528,00
Total:	$45.674.252,00

Son:	(cuarenta y cinco millones seiscientos setenta y cuatro mil doscientos cincuenta y dos pesos)
CUFE:	db5c6121ea15d53267cb0aa3b8b41cca8218fe8c7e9f4d81766fe1e4fe73c51b0ab9b87904c17c2f9cf4d80ee8122a6c

Firma Digital: XxrW4SwwbEEfCJbjUlds/VuW1YnYPsRH1gQXYGn/QxBjomSo669ohTTD1wn4UuR4
IVloiJ4BP8DklbgLcNN9hF/JFZovrF2mANCpnyuvHSRnIU425M
2QYZZ6rdeKXH8C G6wVT3YVg5X/5CztaN0DANzB+QLU5Zt34ME90breDKUzKS/9JHgPac/i8i7WZ4Lo MT5B4LRnl/AMpi0aXBEAbQeM67JZpmbTb/u
ghZjRoebv6CZYo06ZcNrYLvlHYel2 MgpQ2a4s2rQKGWuC1oiTb2ik7b234TxA2Q4htVrvTtRcFcuP8DKYmeopO7fG6Yni LNNbtR6EWqty53mzAJsX
ug==

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.

ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
776	21	10	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: UNIVERSAL DE SUMINISTROS
Factura Nº: FP316 **HORA** 07:38AM **Factura Vigente hasta:** 21/11/2025

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.5	50 unidades	2023DM-0027393	PROTEX	SH25047	1628	30/3/2030	1200	1200	32	C	C	C	C
2	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 6.5	50 unidades	2023DM-0027393	PROTEX	SH25047	1628	30/3/2030	5000	5000	80	C	C	C	C
3	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.0	CAJA X 50 UNIDADES	2023DM-0027393	PROTEX	SH25047	1628	30/3/2030	6000	6000	80	C	C	C	C
4	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.5	50 unidades	2023DM-0027393	PROTEX	SH25053	1628	30/3/2030	6400	6400	80	C	C	C	C
5	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.0	50 unidades	2023DM-0027393	PROTEX	SH25047	1628	30/3/2030	4000	4000	80	C	C	C	C

OBSERVACIONES O NOVEDADES (SI APLICA):

Elaborado por:
Deysi Marcol Garzón Jara.
Firma
Regente encargado de recepcion

Verificado por:
Firma
Quimico Farmaceutico

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. **USUARIO** 512

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001310

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 23/10/2025 02:50 p. m.

CIUDAD: POPAYAN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3104103244 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FP319 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 22/10/2025 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	1.000,00	$ 14.313,00	$ 14.313.000,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	14313000,0000	286260,0000
PRODESARROLLO	2,0000	14313000,0000	286260,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	14313000,0000	214695,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	14313000,0000	429390,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	14313000,0000	143130,0000
PRO CULTURA	0,5000	14313000,0000	71565,0000

DETALLE

CONTRATO 188-2025

SUBTOTAL:	$ 14.313.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.719.470,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 407.921,00
RETE ICA:	$ 0,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 1.431.300,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 15.193.249,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

OPERARIO CON FUNCIONES DE AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECES

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES **U CONFIRMA:**512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, Popay??n, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP319
Fecha Emisión	22/10/2025 07:02:56
Fecha Vencimiento	22/11/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	22/10/2025 12:02:59

Autorización facturación electrónica No. 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600.

Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL RECEPTOR

NIT:	891501676
Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popay??n, Cauca, Colombia
Teléfono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Método de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de pago:	22/11/2025
Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0002	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S CAJA X 100 CAJA*100 Lote: 062025 2721 FECHA V: 06/2030 REGISTRO I: 2024DM - 0011605-R1MARCA: PROTEX	BX	1.000,00	$14.313,00	IVA	19%	2719470	0,00	$14.313.000,00

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe
01 IVA	$14.313.000,00	19,00%	$2.719.470,00

Subtotal:	$14.313.000,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$2.719.470,00
Total:	$17.032.470,00

Son:	(diecisiete millones treinta y dos mil cuatrocientos setenta pesos)
CUFE:	b398fed5d02408b552a6a3b32161b2dc656119e50cdc4505af46456597786db677c3bcf2fd65a5506cf8236516601787

Firma Digital: N1UWV0Hy/Fnqs0GFeCaL/Cop2KDedG/XLCIzP1g7PMsQv1OZJ8xG4LQ/k3WWEZes
Ycy/3WzEH4GiRsW+4nzKtb5UIZCMkeX9nmX9IDuf9ntKD3U7b/
I46I+UdIfx7zn 40mzjskA1NEgu/JEG33jaULsTwCVpP/yZ8SWJ1cz3cpb0G05jV9ELRgBezP+gn1g 8NfqFN6j2CZL2MG6BhmKk6x+Y4Q0yRPyzon
VDDI5KSr9VP6l/8chXzI30ajnkw5E prcuAFqV00r35PudvuB8ld0QIMPowpASWx453yU1ho3Vcy1eCr4gt74P5QKhN1sT ZLFlVVu7pmOZ46dTjF/u
vg==

Esta factura es un titulo 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.

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

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
271	22	10	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS
HORA 2PM

Factura Nº: FP319 **Factura Vigente hasta:** 22/11/2025

											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)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE DE LATEX CON TALCO TALLA S CAJA X 100	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	PROTEX	0620252721	1711	6/30/2030	1000	1000	2	C	C	C	C

ELABORADO POR:
Firma
Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:
Firma
Quimico Farmaceutico