**INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No. 262 DEL 2025 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025, CON OTRO SI N°1 DEL 15 DE OCTUBRE 2025, OTRO SI N°2 DEL 30 DE OCTUBRE 2025, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y AMAREY NOVA MEDICAL S.A.**

1. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| **No. De proceso** | HSLV-CD-260-2025. |
| **Contrato No:** | 262 - 2025 |
| **Término:** | La duración del contrato será de dos (2) meses, o hasta agotar cuantía, contados a partir de la suscripción del acta de inicio. |
| **Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):** | 16 de septiembre 2025 |
| **Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):** | 20 de noviembre 2025 |
| **Valor Inicial** | $ 135.278.539 |
| **Otro si N°1** | MODIFICATORIO CLAUSULA SEXTA – TIEMPO: PRORROGAR EN PLAZO HASTA EL 4 DE NOVIEMBRE DEL 2025 |
| **Otro si N°2** | MODIFICATORIO CLAUSULA TERCERA –ADICION EN VALOR: VEINTICINCO MILLONES DE PESOS MCTE ($ 25.000.000)<br>MODIFICATORIO CLAUSULA SEXTA –PRORROGAR EN PLAZO: HASTA EL 20 DE NOVIEMRE DEL 2025. |
| **Contratista** | AMAREY NOVA MEDICAL S.A. |
| **NIT o cedula de ciudadanía** | 800.250.382-2 |
| **Objeto del Contrato:** | SUMININISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO PARA EL AREA DE FARMACIA 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, hasta agotar el monto presupuestal asignado, previa presentación de la respectiva factura con cumplimiento de las normas legales de la DIAN, radicada en la oficina de archivo la cual debe estar debidamente firmada por parte del proveedor y de quien recibe los elementos, para la firma de la 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. El hospital se reserva el derecho a descontar del valor de la factura entregada por el contratista el valor correspondiente de productos q no sean aceptados por el hospital o q no cumplan con las condiciones específicas del contrato. |
| **No. Fecha Disponibilidad Presupuestal** | **N° 390 del 14 de agosto de 2025 del cto**<br>**N° 529 del 27 de octubre de 2025 del Otro si N°2** |
| **No. Registro presupuestal** | **N° 947 del 12 septiembre de 2025 del cto**<br>**N° 1122 del 30 octubre de 2025 del Otro si N°2** |
| **Supervisor:** | Esta actividad estará a cargo del médico especialista German Jair Ardila Muñoz, con el apoyo que se designe o quienes hagan sus veces, quienes 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)**: **27/10/2025** / **HASTA (dd/mm/aaaa)**: **30/10/2025** |
| **Fecha aprobación de la** | 15 de septiembre del 2025 del cto |

| | |
|---|---|
| **Garantía (SECOP II).** | 17 de octubre el 2025 del **Otro si N°1**<br>5 de noviembre del 2025 **del Otro si N°2** |

## 2. SEGURIDAD SOCIAL

| PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA) | | | |
|---|---|---|---|
| **SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)** | | **PERIODO COTIZADO** | 10/2025 |
| **EPS** | | **VALOR PAGADO** | |
| **ARL** | | **VALOR PAGADO** | |
| **AFP** | | **VALOR PAGADO** | |
| **VALOR TOTAL PLANILLA** | | **PLANILLA No.** | |
| **CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES** | **CERTIFICACION DE REVISOR FISCAL 8 DE OCTUBRE DE 2025.** | | |

## 3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

| | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $135.278.539 |
| **OTRO SI No 1** | $25.000.000 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $160.278.539 |
| **VALOR EJECUTADO** | $134.014.632 |
| **VALOR POR PAGAR SEGÚN INFORME** | $134.014.632 |
| **SALDO POR EJECUTAR** | $26.263.907 |

## 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 medicamentos descritos en la definición técnica y cumplir con las siguientes condiciones: **1**) Suministrar los medicamentos de forma debida y oportuna entendida dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud mediante Llamada telefónica o solicitud por escrito por la persona autorizada por el hospital. **2)** 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. La descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. **3**) Las fechas de vencimiento de los medicamentos no podrán ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado. Cuando | Entrega de medicamentos de alto costo de acuerdo a las obligaciones del contratista | ACTA DE RECEPCION TECNICA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS<br><br>N°447 del 27/10/2025 |




VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

| | | |
|---|---|---|
| técnicamente no sea posible cumplir esta condición, el hospital los recibirá previa comunicación de compromiso por parte del proveedor de que los recibirá hasta el último día de vencimiento **4)** Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, efectividad terapéutica, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser pertinente. **5**)Los productos que presenten no conformidades por calidad o sean devueltos por fecha de vencimiento, entre otras razones ,deben ser reemplazados o cambiados según lo indique el área correspondiente dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del supervisor del contrato. Además ,los medicamentos entregados deben corresponder a la presentación y al laboratorio solicitado en el contrato .cualquier entrega de productos de una presentación o laboratorio diferente será motivo de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato **6**)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 medicamentos 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.**7**.El contratista se obliga con el HOSPITAL a recibir por ciento(100%)de su valor y para efectos de cambio o notas de crédito todos los medicamentos 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 1 año de anterioridad al vencimiento del producto. **8**. Informar cuando el monto del contrato este en un 60%. **9.** No ceder ni subcontratar los suministros objeto del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL. **10**. En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un medicamento nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el comité de farmacia y terapéutica, el HOSPITAL tendrá plena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos medicamentos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentren 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 medicamentos 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, se deberán obtener al menos dos (2) cotizaciones diferentes ,y se verificara q los productos cumplan con las especificaciones técnicas exigidas por el HOSPITAL .En caso de tratarse de medicamentos de control especial o sujetos a regulación por parte del Gobierno Nacional, se aplicara lo dispuesto por la Comisión Nacional de precios d Medicamentos y Dispositivos Médicos o por las normas vigentes ,especialmente en lo referente al precio máximo de venta. **11**. los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista. **12**. Informar por escrito en caso de desabastecimiento de medicamentos que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta **back**order de desabastecimiento del laboratorio/soporte. **13.**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°236 del 26/09/2025 |

## 5. OBSERVACIONES ADICIONALES.

## 6. DOCUMENTOS ANEXOS:

| DOCUMENTOS ANEXOS | No. FOLIOS, CD'S, DVD'S |
|---|---|
| Comprobante de entrada, Factura, Acta de Recepción Técnica, y certificación de parafiscales. | 9 FOLIOS |

**7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:**

| N. COMPROBANTE DE ENTRADA | FECHA DE COMPROBANTE | N. FACTURA | FECHA FACTURA | VALOR FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| AG000000030202 CON DEVOLUCION EN COMPRA AG000000001106 POR VALOR $167.930 | 30/10/2025 | AFE54547 | 26/09/2025 | $ 103.486.632 |
| AG000000030497 | 30/10/2025 | AFE56794 | 27/10/2025 | $30.528.000 |
| | | | TOTAL | $ 134.014.632 |

**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) | |
| 26/10/2025 | 30/10/2025 | $ 134.014.632 |

El anterior informe se firma a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del 2025.

**DR.GERMAN JAIR ARDILA MUÑOZ**
CC: 10.537.687
Médico Especialista.

*Proyectó: Alicia Angulo, Afiliada Participe ASIES*
*Revisó: Alicia Angulo – Afiliada Participe ASIES*
*Aprobó: DR. German Jair Ardila Muñoz – Supervisor del contrato.*

# COMPROBANTE ENTRADA
# NºAG000000030202

**PROVEEDOR:** AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382 **FECHA:** 30/09/2025 05:50 p. m.

**CIUDAD:** SANTA FE DE BOGOTA, D. C. (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado

**DIRECCION:** CARRERA 7 99 53 TO 2 P 19 Y P 20 **MONEDA:** Pesos

**TELEFONO:** 6017447300 **TASA CAM:** 0,00

**Nº FACTURA:** AFE54547 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 26/09/2025 12:00 a. m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B05AA017011 | ALBUMINA HUMANA 20 PORCIENTO SOLUCION INYECTABLE 50 ML | VIAL | 300,00 | $ 203.520,00 | $ 61.056.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| N02BG060002 | NEFOPAM CLORHIDRATO 20 MG EN 2 ML SOLUCION INYECTABLE ACUPAN | AMP | 1.300,00 | $ 14.851,00 | $ 19.306.300,00 | 0,00 | 0,00 |
| NPN06BC0101 | CAFEINA CITRATO 20 MG POR ML EQUIVALENTE A CAFEINA BASE 10 MG POR ML SOLUCION INYECTABLE-PEYONA | AMP → NC | 395,00 | $ 16.793,00 | $ 6.633.235,00 | 0,00 | 0,00 |
| R07AA020100 | SURFACTANTE PULMONAR FOSFOLIPIDOS 240 MG EN 3 ML VIAL | FRASCO | 10,00 | $ 1.594.279,00 | $ 15.942.790,00 | 0,00 | 0,00 |
| NPH0000007 | INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B 100 UI EN 2 ML SOLUCION INYECTABLE -HEPATECT | FRASCO | 4,00 | $ 158.068,00 | $ 632.272,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
|---|---|---|---|
| PROELECTRIFICACION | 2,0000 | 103570597,0000 | 2071412,0000 |
| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
| PRODESARROLLO | 2,0000 | 103570597,0000 | 2071412,0000 |
| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
| TASA PRODEPORTES | 1,5000 | 103570597,0000 | 1553559,0000 |
| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
| PRO ADULTO MAYOR | 3,0000 | 103570597,0000 | 3107118,0000 |
| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
| PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA | 1,0000 | 103570597,0000 | 1035706,0000 |
| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
| PRO CULTURA | 0,5000 | 103570597,0000 | 517853,0000 |

$103'486.632

**DETALLE**

CTO 262 DEL 2025

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $ 103.570.597,00 |
| **DESCUENTO:** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO:** | $ 0,00 |
| **FLETES:** | $ 0,00 |
| **IMP FLETES:** | $ 0,00 |
| **RETE IVA:** | $ 0,00 |
| **RETE ICA:** | $ 0,00 |
| **RETE FUENTE:** | $ 0,00 |
| **OTRAS RETE:** | $ 10.357.060,00 10.348.664 |
| **OTRAS DEDUC:** | $ 0,00 |

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

# COMPROBANTE ENTRADA

**TOTAL COMPROBANTE:**

NOVENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

| | |
|---|---|
| **IMP DISTRI:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $ 93.213.537,00 |

**REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA**

**PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO**

**U CREACION:** 556 - CRISTIAN LOPEZ RIVERA **U CONFIRMA:**556 - CRISTIAN LOPEZ RIVERA

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

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
**No.**

AFE54547

CUFE: f198f96fc0272b5ade42bffed3617fbeb6f163b155ef831f103fde06754754d32e698a04253a7ce0cf0737adae2dc5a8

**AMAREY NOVA MEDICAL S. A.**
**Nit: 800250382-2**
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764091048598 del 2025-03-26 a 2027-03-26 Autorizada del AFE-40001 al AFE-100000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 000200 del 27 de Dic de 2024 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769.

Cliente: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIAP EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Nit: **891501676-1** Ciudad: **POPAYAN**
Dirección: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Tel / Cel: **8213893**
Destinatario: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Dirección Destinatario:
**CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

262

Informativo:
Cod Cliente: **0100002171**
E-mail:
**facelectronica@hosusana.gov.co**

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición
**2025-09-26 14:42:05-05:00**

Fecha de Vencimiento
**2025-12-25**

Forma de Pago: **CRÉDITO** Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
**Consignación bancaria**

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **Contrato 260/2025** | No. Caso: **27482** | Documento Entrega: **0080104389** | Documento Interno: **1A00054403**

| Item | Referencia | Descripción | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 623150072 | ALBUMINA HUMANA 20 % X 50ML SOL INF IV<br>INVIMA 2023MB-14354-R3,19907095-1,B05AA01,, | C234064P01 | 2027-01-31 | 300 | 203,520.00 | | 61,056,000.00 |
| 2 | 69175 | ACUPAN NEFOPAM 20MG 2ML CAJA X 5 AMP<br>INVIMA 2017M-0017863,020108472 -02,N02BG06,VIGENTE, | D936 | 2028-01-31 | 260<br>1300 | 74,255.00 | | 19,306,300.00 |
| 3 | 22238 | PEYONA VIALES 1 ML X 20 MGRS CJ X 10 VIA<br>INVIMA 2017M-0013842-R1,20051078-01,N06BC01,VIGENTE, | 30835 | 2028-05-31 | 40 x10<br>400 | 167,930.00 | | 6,717,200.00 |
| 4 | 27289 | CUROSURF 240 MG 3.0ML SUSP VIA INTRAT<br>INVIMA 2016MB-14187-R2,19906076-1,R07AA02,VIGENTE, | 1204962 | 2026-05-31 | 10 | 1,594,279.00 | | 15,942,790.00 |
| 5 | 629002010 | HEPATECT CP 100 UI X 2 ML SOL. INF. IV<br>INVIMA 2017M-0006564-R1,199662832,J06BB04,VIGENTE, | C793144P04 | 2026-10-31 | 4 | 158,068.00 | | 632,272.00 |

$103'486'632 =

**Valor en Letras:** CIENTO TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Total Items: **5**

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| Subtotal | 103,654,562.00 |
| Descuento | 0.00 |
| Base IVA | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| Total Operación | 103,654,562.00 |
| **Valor Total:** | 103,654,562.00 |

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

**POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN**

-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

Firma Autorizada

SC4586-1

**Importante:** Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.



Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2025-09-26 14:42:05-05:00

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

# NOTA CRÉDITO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.

1A30002605

**Nota Crédito sin referencia a Factura**

CUDE: e8ccfaef0c13fcff2fca6fd9f8a98446f187cecff6cd88d8f65fbc15d7dc2abfbc2155d61c394cb26f266bd003137828
CUFE:

**AMAREY NOVA MEDICAL S. A.**
**Nit: 800250382-2**
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

Cliente: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIAP EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Nit: **891501676-1** Ciudad: **POPAYAN**
Dirección: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Tel / Cel: **8213893**
Destinatario: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALEN/CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Dirección Destinatario:
**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALEN/CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Informativo:
Cod Cliente: **0100002171**
E-mail:
**facelectronica@hosusana.gov.co**

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
**2025-10-30 11:45:10**

Fecha Factura AAAA/MM/DD

Referencia Factura

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **NT SIN REF AFE54547** | No. Caso: **45815** | Documento Entrega: **0084023266** | Documento Interno: **1A30002605**

| Item | Referencia | Descripción | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22238 | PEYONA VIALES 1 ML X 20 MGRS CJ X 10 VIA<br>INVIMA 2017M-0013842-R1,20051078-01,N06BC01,VIGENTE,, | 30835 | 2028-05-31 | 1<br>10 | 167,930.00 | | 167,930.00 |

Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2025-10-30 11:39:32-05:00

**Valor en Letras:** CIENTO SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Total Items: 1

**Observaciones:**
Nota sin ref a la factura AFE54547

| | |
|---|---|
| Subtotal | 167,930.00 |
| Descuento | 0.00 |
| Base IVA | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| Total Operación | 167,930.00 |
| **Valor Total:** | 167,930.00 |

- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA NOTA CRÉDITO -

# HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.



## DEVOLUCION COMPRA
## NºAG000000001106

**CLIENTE:** AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382 **FECHA:** 05/11/2025 03:00 p. m.
**CIUDAD:** SANTA FE DE BOGOTA, D. C. **ESTADO:** Confirmado
**DIRECCION:** CARRERA 7 99 53 TO 2 P 19 Y P 20 **TELEFONO:** 6017447300
**Nº FACTURA:** AFE54547 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 26/09/2025 12:00 a. m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NPN06BC0101 | CAFEINA CITRATO 20 MG POR ML EQUIVALENTE A CAFEINA BASE 10 MG POR ML SOLUCION INYECTABLE-PEYONA | AMP | 5,00 | $ 16.793,00 | $ 83.965,00 | 0,00 | 0,00 |

**DETALLE**

PROVEEDOR ENVIA NOTA CREDITO N°1A30002605 CON FECHA 30-10-2025

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $ 83.965,00 |
| **DESCUENTO:** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO:** | $ 0,00 |
| **FLETES:** | $ 0,00 |
| **IMP FLETES:** | $ 0,00 |
| **RETE IVA:** | $ 0,00 |
| **RETE ICA:** | $ 0,00 |
| **RETE FUENTE:** | $ 0,00 |
| **OTRAS RETE:** | $ 8.396,00 |
| **AJUSTE REDONDEO** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL:** | $ 75.569,00 |

**TOTAL DEVOLUCION:**

SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cauca

## ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

**Hospital Susana López de Valencia E.S.E.**

**Nit. 891.501.676-1**

| ACTA N° | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| 236 | 26 | 9 | 2025 |

SLV-AF-05-F01
Version 2

**Proveedor:** AMAREY
**Factura N°:** AFE54547 **HORA** 10:00 AM **Factura Vigente hasta:** 25/12/2025

| 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 | Temperatura cadena de frío (2 – 8 °C) | 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 | PROTEINA DE PLASMA HUMANO 10 g SOLUCION INYECTABLE | Caja de cartón con frasco vial de vidrio tipo II transparente por 50 mL | 2023MB-14354-R3 | BIOTEST | C234064P01 | 452 | 31/1/2027 | N/A | 300 | 300 | 20 | C | C | C | C |
| 2 | NEFOPAM CLORHIDRATO 20 mg SOLUCION INYECTABLE | Caja Plegadiza por 5 Ampolla de vidrio incoloro por 2 mL c/u | 2017M-0017863 | BIOCODEX | D936 | 817 | 31/1/2028 | N/A | 260 | 260 | 13 | C | C | C | C |
| 3 | CAFEINA CITRATO 20 MG EQUIVALENTE A CAFEINA BASE/10 mg SOLUCIÓN INYECTABLE | CAJA X 10 AMPOLLAS EN VIDRIO TIPO I X 1 ML | 2017M-0013842-R1 | CHIESI | 30835 | 938 | 31/5/2028 | N/A | 39 | 39 | 5 | C | C | C | C |
| 4 | SURFACTANTE PULMONAR 240MG/3.0ML VIAL SOLUCIÓN INYECTABLE 3.0/80mg/ml | CAJA PLEGADIZA CON UN VIAL DE VIDRIO TIPO I TRANSPARENTE CON UN TAPÓN DE GOMA DE CLOROBUTILO Y TAPA FLIP - OFF | 2016MB-14187-R2 | CHIESI | 1204962 | 207 | 31/5/2026 | 3.2°C | 10 | 10 | 2 | C | C | C | C |
| 5 | INMUNOGLOBULINA HEPAT B 100UI/2ML AMPOLLA HEPATECT | FRASCO | 2017M-0006564-R1 | BIOTEST | C793144P04 | 360 | 31/10/2026 | 3.2°C | 4 | 4 | 2 | C | C | C | C |

**Elaborado por:**
Firma
Regente encargado de recepcion

**Verificado por:**
Firma
Quimico Farmaceutico

**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.** USUARIO 976



# COMPROBANTE ENTRADA
# NºAG000000030497

**PROVEEDOR:** AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382 **FECHA:** 30/10/2025 10:33 a. m.
**CIUDAD:** SANTA FE DE BOGOTA, D. C. (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
**DIRECCION:** CARRERA 7 99 53 TO 2 P 19 Y P 20 **MONEDA:** Pesos
**TELEFONO:** 6017447300 **TASA CAM:** 0,00
**Nº FACTURA:** AFE56794 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 27/10/2025 12:00 a. m.

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B05AA017011 | ALBUMINA HUMANA 20 PORCIENTO SOLUCION INYECTABLE 50 ML | VIAL | 150,00 | $ 203.520,00 | $ 30.528.000,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONCEPTO DE RETENCION | % | Vlr. Base | Vlr. Retenido |
|---|---|---|---|
| PROELECTRIFICACION | 2,0000 | 30528000,0000 | 610560,0000 |
| PRODESARROLLO | 2,0000 | 30528000,0000 | 610560,0000 |
| TASA PRODEPORTES | 1,5000 | 30528000,0000 | 457920,0000 |
| PRO ADULTO MAYOR | 3,0000 | 30528000,0000 | 915840,0000 |
| PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA | 1,0000 | 30528000,0000 | 305280,0000 |
| PRO CULTURA | 0,5000 | 30528000,0000 | 152640,0000 |

**DETALLE**

CONTRATO 262 DEL 2025

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $ 30.528.000,00 |
| **DESCUENTO:** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO:** | $ 0,00 |
| **FLETES:** | $ 0,00 |
| **IMP FLETES:** | $ 0,00 |
| **RETE IVA:** | $ 0,00 |
| **RETE ICA:** | $ 0,00 |
| **RETE FUENTE:** | $ 0,00 |
| **OTRAS RETE:** | $ 3.052.800,00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $ 0,00 |
| **IMP DISTRI:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $ 27.475.200,00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Deysi Marisol Garzón Jara

**REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA**

**PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO**

**U CREACION:** 976 - DEYSI MARISOL GARZON JARA **U CONFIRMA:**976 - DEYSI MARISOL GARZON JARA

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

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**
**No.**
AFE56794

CUFE: cf7b3fff985d27b473d4dd7b5017d616605f2c09f284881ba22de08197972459540a3e2eb2ffb5ca30e9a116428cf163

**AMAREY NOVA MEDICAL S. A.**
**Nit: 800250382-2**
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764091048598 del 2025-03-26 a 2027-03-26 Autorizada del AFE-40001 al AFE-100000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 000200 del 27 de Dic de 2024 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769.

Cliente: **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIAP EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
Nit: **891501676-1** Ciudad: **POPAYAN**
Dirección: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**
Tel / Cel: **8213893**
Destinatario: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**
Dirección Destinatario: **CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA**

Informativo:
Cod Cliente: **0100002171**
E-mail: **facelectronica@hosusana.gov.co**
Paciente:
Historia:
Doctor(a):
Acta # 447

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
**2025-10-27 12:14:25-05:00**
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
**2026-01-25**
Forma de Pago: **CRÉDITO** | Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **ctto262/2025** | No. Caso: **29760** | Documento Entrega: **0080109301** | Documento Interno: **1A00056654**

| Item | Referencia | Descripción | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 623150072 | ALBUMINA HUMANA 20 % X 50ML SOL INF IV<br>INVIMA 2023MB-14354-R3,19907095-1,B05AA01,, | C234484P01 | 2027-03-31 | 150 | 203,520.00 | | 30,528,000.00 |

L. Biotest

GRUPO Amarey AMAREY NOVA MEDICAL

**Valor en Letras:** TREINTA MILLONES QUINIENTOS VEINTE Y OCHO MIL PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Total Items: **1**

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| Subtotal | 30,528,000.00 |
| Descuento | 0.00 |
| Base IVA | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| Total Operación | 30,528,000.00 |
| **Valor Total:** | 30,528,000.00 |

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

**POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN**
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC4586-1 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

**Importante:** Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.



Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2025-10-27 12:14:25-05:00

REPUBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cauca

## 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 |
|---|---|---|---|
| 447 | 27 | 10 | 2025 |

SLV-AF-05-F01
Version 2

**Proveedor:** AMAREY
**Factura Nº:** AFE56794

**HORA** 08:00AM

**Factura Vigente hasta:** 25/1/2026

| 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 | Temperatura cadena de frío (2 – 8°C) | 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 | ALBUMINA HUMANA 20 PORCIENTO SOLUCION INYECTABLE 50 ML | CAJA CON FRASCO DE 50 ML | 2023MB-14354-R3 | BIOTEST | C234484P01 | 517 | 31/3/2027 | N/A | 150 | 150 | 8 | C | C | C | C |

OBSERVACIONES O NOVEDADES (SI APLICA):

**Elaborado por:**
Yeysi Marinol Cauzon Jara.
Firma
Regente encargado de recepcion

**Verificado por:**
Firma
Quimico Farmaceutico

GRUPO Amarey

Bogotá, 08 de octubre 2025

**CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.**

El suscrito Revisor Fiscal de **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** identificada con **NIT 800.250.382-2** de acuerdo con la revisión efectuada a los formularios de auto liquidación de aportes y a los pagos correspondientes, de conformidad con normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia.

**CERTIFICA QUE:**

1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riegos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar correspondientes al mes de septiembre de 2025 y el aporte a salud correspondiente al período de octubre 2025.

2. La compañía ha tenido en cuenta los plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales respectivamente, establecidos en el Decreto 1990 de 2016, entendiendo los aportes parafiscales correspondientes a: Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA; en cumplimiento y de conformidad con el DUR 780 de 2016.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y a solicitud de la administración de la compañía.

A la fecha de expedición del presente documento no conozco, ni se me ha informado de hechos económicos que cambien o afecten la información certificada.

Cordialmente,

Firma: _____

**JANNETH RODRIGUEZ CADENA**
**REVISOR FISCAL**
**QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS**
**T.P. No.48.166-T**