**INFORME No. 03**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO:** | **515** | **DEL AÑO:** | **2025** |
| **CONTRATISTA:** | **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** | **NIT. No.** | **800.250.382-2** |
| **OBJETO:** | **SUMINISTRO DE REPUESTOS Y ACCESORIOS DE LAS MARCAS NIHON KOHDEN Y ATOM, ASI COMO EL SERVICIO DE MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE BOLSA DE REPUESTOS Y ACTUALIZACION DE SOFTWARE DE LA CENTRAL DE MONITOREO DEL PORTAFOLIO TECNOLOGICO NIHON KOHDEN** DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA. | | |
| **PERIODO DEL INFORME:** | **OCTUBRE DE 2025** | | |

**EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO**

| VALOR DEL CONTRATO | VALOR FACTURADO | FECHA DE INFORME | SALDO | FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| 327.152.681,00 | 14.619.461,00 | SEPTIEMBRE DE 2025 | 312.533.220,00 | AFE 52987 |
| | 55.179.741,00 | SEPTIEMBRE DE 2025 | 257.353.479,00 | AFE 54322 |
| | 12.495.000,00 | OCTUBRE DE 2025 | 244.858.479,00 | AFE 54791 |

**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 515 DE 2025**

**HACE CONSTAR:**

Que: **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.,** DURANTE EL MES DE **OCTUBRE DE 2025,** REALIZO SUMINISTRO **CINCO (5) SENSORES DE TEMPERATURA DE PIEL PARA LA INCUBADORA ATOM,** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, de acuerdo con lo estipulado en el objeto del contrato, tal como lo certifican el Coordinador Biomédico y la Coordinadora de Almacén de la institución, y registrados en el Comprobante de Ingreso No. 2824, documentos adjuntos a la presente.

| PERSONA NATURAL | | | PERSONA JURÍDICA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DOCUMENTO | CUMPLE | NO CUMPLE | DOCUMENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
| PAGO INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL | | | FACTURA | X | |
| CUENTA DE COBRO | | | CERTIFICACIÓN DE ÁREA TÉCNICA | X | |
| INFORME DE ACTIVIDADES | | | CERTIFICACIÓN DE REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SOBRE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | X | |
| | | | INFORME DE ACTIVIDADES | | |

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de: **DOCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS ($ 12.495.000.00) M/CTE.**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Se deja constancia que lo anterior no exime de futuros requerimientos por responsabilidad del orden legal, fiscal, penal etc. derivados de actuaciones en este contrato.

En constancia, se firma para efectos de pago. Tunja, octubre de dos mil veinticinco (2025).

**VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS**
Supervisor Contrato.

C.C. Carpeta del Contrato.
**/Dora v.** Secretaria Técnica. Subgerencia Administrativa y Financiera.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
## No.

AFE54791

CUFE: 138716da45b71098631ad492bec143ef839ea31c9f2d9ef92d836651c4e55b62497735051d00996f1b9940ff284c1dec

**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: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

Nit: **891800231-0** Ciudad: **TUNJA**
Dirección: **CR 11 27 27**

Tel / Cel: **6087405030**
Destinatario: **E5E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUN/CR 11 27 27**

Dirección Destinatario:
**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUN/CR 11 27 27**

Informativo:
Cod Cliente: **0100001979**
E-mail:
**FARMACIA7@HOSPITALSANRAFAELTUNJA.GOV.CO**

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición
**2025-10-01 08:59:43-05:00**

Fecha de Vencimiento
**2025-12-30**

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

Medio de Pago
**Consignación bancaria**

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

Orden de Compra: **CTTO 515-2025** | No. Caso: **27624** | Documento Entrega: **0080104847** | Documento Interno: **1A00054648**

| Item | Referencia | Descripción | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 60883 | SENSOR DE TEMPERATURA CENTRAL INVIMA 2019EBC-0003894-R1,,,VIGENTE, | 2501 | 9999-12-31 | 5 | 2,100,000.00 | 19.00 | 10,500,000.00 |

**Valor en Letras:** DOCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

**Observaciones:**

Total Items: **1**

| | |
|---|---|
| Subtotal | **10,500,000.00** |
| Descuento | **0.00** |
| Base IVA | **10,500,000.00** |
| IVA | **1,995,000.00** |
| Total Operación | **12,495,000.00** |
| **Valor Total:** | **12,495,000.00** |

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 DEVDLUCIÓN**

-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.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
Nit. 800.250382-2

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 2025-10-01 08:59:43-05:00

ALMACEN GENERAL

# E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

## COMPROBANTE DE INGRESO

C2 - COMPROBANTE INGRESO ALM SOC  Número: 0002824

Señores: AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT/C.C.: 800250382 Señor (a): AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
Servicio: AG01 - ALMACEN GENERAL

Nro. Doc/Factura: AFE-54791 Fecha Factura: 2025/10/01
Fecha: 2025/10/10
Concepto: 035 - ENTRADA ALMACEN X O. CONTRATO
Moneda: PESO COLOMBIANO TRM: .00

**** DETALLE DE ARTÍCULOS ****

| CODIGO | GRU | NOMBRE GENERICO | UN | CANTIDAD | VALOR/UNI | I.V.A. | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PMB047 | PM1 | SENSOR DE TEMPERATURA DE PIEL . REUSABLE P/ INCUBADORA ATOM V2100G | UN | 5.00 | 2,100,000.00 | 1,995,000 | 12,495,000 |
| | | | | | | 1,995,000 | 12,495,000 |

**** DETALLE DE CUENTAS ****

| CUENTA | APLICA | CONTAB. | NOMBRE | DÉBITOS | CRÉDITOS | BASE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15140901 | Internacional | Internacional | REPUESTOS | 12,495,000 | 0 | 0 |
| 24010101 | Ambas | Internacional | PROVEEDORES | 0 | 12,390,000 | 0 |
| 24362704 | Ambas | Internacional | DEMAS ACTIVIDADES COMERCIALES | 0 | 105,000 | 10,500,000 |
| | | | TOTAL INTERNACIONAL | 12,495,000 | 12,495,000 | |
| | | | TOTAL LOCAL | 0 | 0 | |

ALMACENISTA GENERAL

Fecha :2025/10/10 Hora: 17:17:45 Usuario:jeseniam Terminal:*

Periodo: 2025/10 - civmov 8.0.38

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

San Rafa
Alma, vida y corazón

**EL COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS BIOMÉDICA**

**CERTIFICA:**

Que la empresa **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** Identificada con el Nit: **800,250,382-2** entregó a satisfacción durante el mes de octubre los siguientes accesorios:

| CODIGO | ACCESORIO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| 60883 | Sensor de Temperatura de piel/ Incubadora ATOM | 5 |

Para la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, soportado con factura No. **AFE54791** de fecha de 01 de octubre de 2025, de acuerdo con el contrato Nº **515** de 2025, cuyo objeto es **SUMINISTRO DE REPUESTOS Y ACCESORIOS DE LAS MARCAS NIHON KOHDEN Y ATOM, ASÍ COMO EL SERVICIO DE MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE BOLSA DE REPUESTOS Y ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE DE LA CENTRAL DE MONITOREO DEL PORTAFOLIO TECNOLÓGICO NIHON KOHDEN.**

Los suministros relacionados en la factura fueron entregados por el proveedor y validado por el personal de gestión de la tecnología Biomédica y Almacén. Dichos accesorios se encuentran en la bodega del mismo proceso para ser entregados al servicio que lo requiera.

Por lo anterior es viable el pago del objeto contractual por un valor de **doce millones cuatrocientos noventa y cinco mil PESOS M/CTE ($ 12.495.000).**

Tunja 10 de octubre de 2.025.

Atentamente,

**SANTIAGO ECHEVERRY PAVAS**
**Coordinador de la Gestión de las Tecnologías Biomédica**

Elaboró/Aida B

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE ALMACÉN**

**CERTIFICA**

Que la empresa **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** con el Nit: **800,250,382-2** entregó a satisfacción durante el mes de octubre del 2025, 5 SENSOR DE TEMPERATURA DE PIEL/INCUBADORA ATOM PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, de acuerdo con el contrato Nº **515** de 2025. soportado con factura No. **AFE-54791** de fecha de 01 de octubre de 2025 y Comprobante de Ingreso N° 2824.

Por lo anterior es viable el pago del objeto contractual por un valor de **DOCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($12.495.000).**

Tunja 10 de octubre de 2025.

**Atentamente,**

**AURA ESPERANZA ALVARADO BARRERA**
**COORDINADORA DE ALMACEN**

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**

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 a los últimos seis (6) meses (abril a septiembre de 2025) y el aporte a salud correspondiente al período (mayo a octubre de 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**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JANNETH RODRIGUEZ CADENA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52009155 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 48166-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

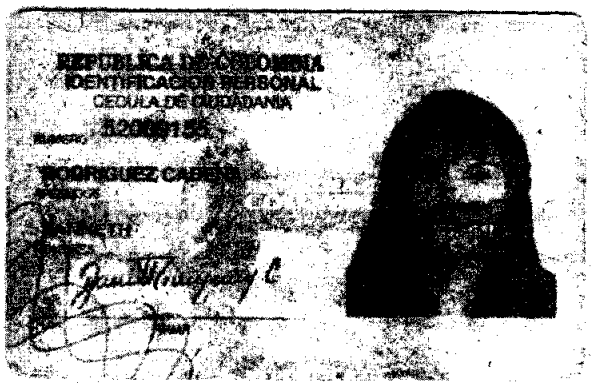
**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

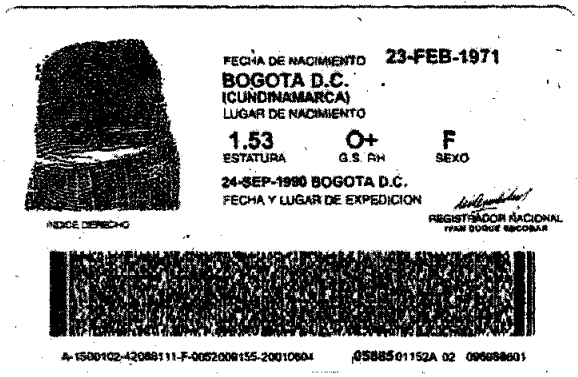
Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Agosto de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

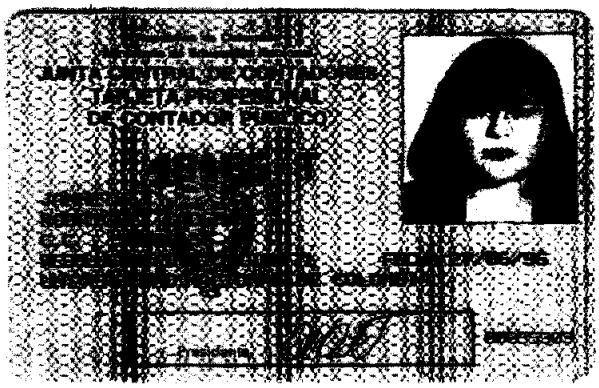
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO




FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional / Junta Central de Contadores

**003332**