INFORME DE SUPERVISIÓN No. 002 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) 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** **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** **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)**: **05/11/2025** / **HASTA (dd/mm/aaaa)**: **19/11/2025**
Fecha aprobación de la	15 de septiembre del 2025 del cto

Garantía (SECOP II).	17 de octubre el 2025 del **Otro si N°1** 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	11/2025
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 1 DE NOVIEMBRE 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	$159.854.070
VALOR POR PAGAR SEGÚN INFORME	$25.839.438
SALDO POR EJECUTAR	$424.469

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 N°475 del 5/11/2025

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 backorder 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°531 del 18/11/2025

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.	7 FOLIOS

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N. COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	N. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AG000000030513	07/11/2025	AFE57429	05/11/2025	$ 24.387.810
AG000000030603	19/11/2025	AFE58344	18/11/2025	$1.451.628
			TOTAL	$ 25.839.438

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)	$ 25.839.438
05/11/2025	19/11/2025	

El anterior informe se firma a los veintiún (21) días del mes de noviembre del 2025.

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

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

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000030513

PROVEEDOR: AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382
CIUDAD: SANTA FE DE BOGOTA, D. C. (Bogotá, D.C.)
DIRECCION: CARRERA 7 99 53 TO 2 P 19 Y P 20
TELEFONO: 6017447300
Nº FACTURA: AFE57429 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30

FECHA: 07/11/2025 02:46 p. m.
ESTADO: Confirmado
MONEDA: Pesos
TASA CAM: 0,00
FECHA FAC: 05/11/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
N02BG060002	NEFOPAM CLORHIDRATO 20 MG EN 2 ML SOLUCION INYECTABLE ACUPAN	AMP	450,00	$ 14.851,00	$ 6.682.950,00	0,00	0,00
NPJ06BA0210	INMUNOGLOBULINA HUMANA PENTAGLOBIN POR 50ML	AMP	6,00	$ 2.419.384,00	$ 14.516.304,00	0,00	0,00
R07AA020000	SURFACTANTE PULMONAR - FOSFOLIPIDOS 120 MG EN 1.5 ML VIAL	FRASCO	4,00	$ 797.139,00	$ 3.188.556,00	0,00	0,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	24387810,0000	487756,0000
PRODESARROLLO	2,0000	24387810,0000	487756,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	24387810,0000	365817,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	24387810,0000	731634,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	24387810,0000	243878,0000
PRO CULTURA	0,5000	24387810,0000	121939,0000

DETALLE

CONTRATO 262 DEL 2025

SUBTOTAL:	$ 24.387.810,00
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:	$ 2.438.780,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 21.949.030,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Deyci Marcela Garzón Tara.

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

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

COMPROBANTE ENTRADA

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.
AFE57429

CUFE: 3d8877e7e668225bdb85542e0d886b7f7b24a3bcd465c0571339b9bd583a24b95e6219de8fab28337424a501e2018045

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):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2025-11-05 15:31:27-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2026-02-03
Forma de Pago: **CRÉDITO** Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **262/2025** | No. Caso: **30385** | Documento Entrega: **0080110688** | Documento Interno: **1A00057289**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	69175	ACUPAN NEFOPAM 20MG 2ML CAJA X 5 AMP INVIMA 2017M-0017863,020108472 -02,N02BG06,VIGENTE,,	D936	2028-01-31	90	74,255.00		6,682,950.0
2	648050072	PENTAGLOBIN 5% X 50 ML 2.5G SOL. INF. IV INVIMA 2021MB-012811-R3,43789-2,J06BA02,VIGENTE,,	C146015P01	2026-12-31	6	2,419,384.00		14,516,304.0
3	27288	CUROSURF 120 MG 1.5 ML SUSP VIA INTRAT INVIMA 2023MB-011845-R2,228028-01,R07AA02,VIGENTE,,	1217105	2026-11-30	4	797,139.00		3,188,556.0

Valor en Letras: VEINTE Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: **3**

Subtotal	**24,387,810.00**
Descuento	**0.00**
Base IVA	**0.00**
IVA	**0.00**
Total Operación	**24,387,810.00**
Valor Total:	**24,387,810.00**

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 d 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 e 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 text 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.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.S.
Nit. 8002503822-2
Firma Autorizada

Fernanda Bolaños
Nombre de quién Recibe
C.C: 1061814786 Fecha: 06/11/25 Hora: 1:30 PM.
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 2025-11-05 15:3 :27:05:00

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 Nº	DIA	MES	AÑO
475	5	11	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL
Factura Nº: AFE57429 **HORA** 16:30PM **Factura Vigente hasta:** 3/2/2026

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	ACUPAN 20MG/2ML (NEFOPAM) AMPOLLA	CAJA * 5 AMPOLLAS	2017M-0017863	BIOCODEX	D536	812	31/1/2028	N/A	450	450	20	C	C	C	C
2	PENTAGLOBULINA 5% * 50ML 2.5G SOLUCION INYECTABLE	CAJA CON UN VIAL	2021MB-012811-R2	BIOTEST	C146C15P01	416	31/12/2026	N/A	6	6	2	C	C	C	C
3	CUROSUF 120MG 1.5ML SUSPENSION VIA INTRAT	CAJA CON UN VIAL	2023MB-011845-R2	CHIEST	121 7105	385	30/11/2026	N/A	4	4	2	C	C	C	C

Elaborado por:
Angie Marisol Garzon Icera.
Firma
Regente encargado de recepcion

Verificado por:
Firma
Quimico Farmaceutico

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

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000030603

PROVEEDOR: AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382 **FECHA:** 19/11/2025 02:06 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: AFE58344 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 18/11/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
NPJ06BA0201	INMUNOGLOBULINAS HUMANAS 95 PORCIENTO IGG 38 MG IGM 6 MG IGA 6 MG SOLUCION INYECTABLE PENTAGLOBIN 10 ML	AMP	3,00	$ 483.876,00	$ 1.451.628,00	0,00	0,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	1451628,0000	29033,0000
PRODESARROLLO	2,0000	1451628,0000	29033,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	1451628,0000	21774,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	1451628,0000	43549,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	1451628,0000	14516,0000
PRO CULTURA	0,5000	1451628,0000	7258,0000

DETALLE

CONTRATO 262 del 2025

SUBTOTAL:	$ 1.451.628,00
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:	$ 145.163,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.306.465,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Deysi Marisol Garzón Jara

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

PROFESIONAL EN QUIMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

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

COMPROBANTE ENTRADA

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.
AFE58344

CUFE: 4e0b64d6f958137ee82eba419c6c90539ddd8b83755de72b3aca26bc2b1989b53969fa82c6bead77db468994a9282d6b

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):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD: **2025-11-18 13:11:14-05:00**
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD: **2026-02-16**
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: **31325** | Documento Entrega: **0080112565** | Documento Interno: **1A00058197**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	648010072	PENTAGLOBIN 5% X 10ML 500MG SOL. INF. IV INVIMA 2021MB-012811-R3,43789-1,J06BA02,VIGENTE,,	C146384P02	2026-10-31	3	483,876.00		1,451,628.0

Biotest

GRUPO Amarey AMAREY NOVA MEDICAL

Valor en Letras: UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS VEINTE Y OCHO PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: **1**

Subtotal	1,451,628.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	1,451,628.00
Valor Total:	1,451,628.00

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 d 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 e 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 text 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

Fernanda Bolaños
Nombre de quién Recibe

C.C: 1061811786 Fecha: 19/11/25 Hora: 9:17 AM

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: 2025-11-18 13:11 14:05:00

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

SLV-AF-05-F01
Version 2

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
531	18	11	2025

Proveedor: AMAREY
Factura Nº: AFE58344

HORA 9:17 AM

Factura Vigente hasta: 16/2/2026

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	PROTEINAS DE PLASMA HUMANO DE LAS CUALES INMUNOGLOBULINAS SON AL MENOS 95% 50 mg INMUNOGLOBULINA G (IGG) 38 mg INMUNOGLOBULINA M (IGM) 6 mg INMUNOGLOBULINA A (IGA) 6 mg SOLUCIÓN INYECTABLE	CAJA DE CARTON CON UN VIAL POR 100 ML.	2021MB-012811-R3	BIOTEST AMAREY	C1463B4P02	346	31/10/2026	3.2°C	3	3	2	C	C	C	C

Elaborado por:

Firma
Regente encargado de recepcion

Verificado por:

Firma
Quimico Farmaceutico

GRUPO Amarey

Bogotá, 12 de noviembre 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 octubre de 2025 y el aporte a salud correspondiente al período de noviembre 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