INFORME DE SUPERVISIÓN No. 001 DEL CONTRATO No.344 DEL 2025 DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2025, OTRO SI No.1 DEL 18/12/2025, 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-342-2025.
Contrato No:	344 - 2025
Término:	La duración del contrato será de un (1) mes, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, sin que supere la presente anualidad.
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	3 de Diciembre 2025
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31 de Diciembre 2025
Valor Inicial	$ 100.000.000
OTRO SI No.1	MODIFICACION D LA CLAUSULA TERCERA – VALOR $50.000.000
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 cancelará al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, 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 especificas del contrato.
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	**N° 570 del 7 de noviembre de 2025 del cto** **N° 636 del 3 de diciembre de 2025 OTRO SI No.1**
No. Registro presupuestal	**N° 1220 del 28 noviembre de 2025 del cto** **N°1318 del 19 de diciembre de 2025 OTRO SI No.1**
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)**: **10/12/2025** / **HASTA (dd/mm/aaaa)**: **10/12/2025**
Del otro si	2 de Diciembre del 2025 **2025 del cto** 22 de Diciembre del 2025 **OTRO SI No.1**

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	12/2025
EPS		VALOR PAGADO	
ARL		VALOR PAGADO	
AFP		VALOR PAGADO	
VALOR TOTAL PLANILLA	$841.041.800	PLANILLA No.	1077657133
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILA DE SEGURIDAD SOCIAL 5 DE DICIEMBRE DE 2025.		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$100.000.000
OTRO SI No.1	$50.000.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$150.000.000
VALOR EJECUTADO	$93.665.644
VALOR POR PAGAR SEGÚN INFORME	$93.665.644
SALDO POR EJECUTAR	$56.334.356

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 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	Entrega de medicamentos de alto costo de acuerdo a las obligaciones del contratista	ACTA DE RECEPCION TECNICA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS N°664 del 10/12/2025

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

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. Los** *gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista 10.* No ceder, ni subcontratar el siguiente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL. **11**. 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 de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por las normas vigentes ,especialmente en lo referente al precio máximo de venta. **12**. El contratista debe ofertar productos que posean un uso histórico en la institución que garanticen la seguridad en el uso de medicamentos. Cuando se oferten marcas que no se hayan usado en la institución el contratista deberá certificar una prueba de campo en los servicios del Hospital Susana López de Valencia E.S.E; con el fin de demostrar la calidad y que no se presenten posibles eventos e incidentes relacionados con el uso de estos, la demostración debe concluir en un concepto satisfactorio por parte del personal asistencial de cada unidad, requisito habilitante para continuar con el proceso de evaluación. **13.**si durante la ejecución del contrato se presentan o notifican incidentes o eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos que obligue al cambio de laboratorio, marca o lote, presentación , el contratista debe proponer alternativas que se encuentran en el mercado .Igualmente , si el INVIMA emite alertas sanitarias relacionadas con algún producto relacionado que se encuentre dentro del contrato, el contratista debe tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier retiro o desabastecimiento. **14**.En caso de presentarse desabastecimiento del producto contratado , el contratista deberá informar por escrito de manera inmediata, adjuntando la carta backorder emitida por el laboratorio fabricante o el importador autorizado por el INVIMA ,en la que justifique el motivo del desabastecimiento. Así mismo, en el evento que aplique, deberá ofrecer de forma inmediata otra(S) alternativa(S) que cumplan con las mismas especificaciones técnicas del producto contratado. Estas alternativas deberán estar respaldadas mediante carta del fabricante o importador autorizado, y deberán ser verificadas y sustentadas por el director técnico farmacéutico, así como contar con la autorización del subdirector científico para su aceptación.**15.** Si durante la vigencia del contrato el registro sanitario INVIMA de alguna de los medicamentos se encuentra próximo a vencer. el contratista deberá presentar oportunamente e tramite de renovación o la solicitud de la autorización de agotamiento ante dicha entidad; según lo establecido en el decreto 334 de 2022.La documentación correspondiente deberá remitirse al momento de la recepción técnica del producto y al supervisor del contrato, sin pena de no aceptación de los medicamentos

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

entregads.**16**.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.		

5. OBSERVACIONES ADICIONALES.

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobante de entrada, Factura, Acta de Recepción Técnica, y planilla de seguridad social.	4 FOLIOS

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N. COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	N. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AG000000030750	10/12/2025	AFE60040	10/12/2025	$ 93.665.644
			TOTAL	$ 93.665.644

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)	$ 93.665.644
10/12/2025	10/12/2025	

El anterior informe se firma a los veintitrés (23) días del mes de Diciembre 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

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000030750

PROVEEDOR: AMAREY NOVA MEDICAL S.A **NIT:** 800250382 **FECHA:** 10/12/2025 02:50 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: AFE60040 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 10/12/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
R07AA020100	SURFACTANTE PULMONAR FOSFOLIPIDOS 240 MG EN 3 ML VIAL	FRASCO	4,00	$ 1.594.279,00	$ 6.377.116,00	0,00	0,00
N02BG060002	NEFOPAM CLORHIDRATO 20 MG EN 2 ML SOLUCION INYECTABLE ACUPAN	AMP	580,00	$ 74.255,00	$ 43.067.900,00	0,00	0,00
NPJ06BA0200	INMUNOGLOBULINAS HUMANAS 95 PORCIENTO IGG 38 MG IGM 6 MG IGA 6 MG SOLUCION INYECTABLE PENTAGLOBIN 100 ML	AMP	4,00	$ 4.838.767,00	$ 19.355.068,00	0,00	0,00
NPJ06BA0210	INMUNOGLOBULINA HUMANA PENTAGLOBIN POR 50ML	AMP	10,00	$ 2.419.384,00	$ 24.193.840,00	0,00	0,00
NPN06BC0101	CAFEINA CITRATO 20 MG POR ML EQUIVALENTE A CAFEINA BASE 10 MG POR ML SOLUCION INYECTABLE-PEYONA	AMP	40,00	$ 16.793,00	$ 671.720,00	0,00	0,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	93665644,0000	1873313,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	93665644,0000	1873313,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	93665644,0000	1404985,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	93665644,0000	2809969,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	93665644,0000	936656,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	93665644,0000	468328,0000

DETALLE

CONTRATO No. 344 de 2025

SUBTOTAL:	$ 93.665.644,00
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:	$ 9.366.564,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00

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

COMPROBANTE ENTRADA

TOTAL COMPROBANTE:

OCHENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 84.299.080,00

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.
AFE60040

CUFE: 5c417ff1736f546ef0180e28192169e74f2c41826c5318835cd982ac08fc88922a86b27f6085caa20586e1902691b68a

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
2025-12-10 12:31:36-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2026-03-10
Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **ctt0 344/2025** | No. Caso: **32386** | Documento Entrega: **0080114855** | Documento Interno: **1A00059893**

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	580	74,255.00		43,067,900.00
2	22238	PEYONA VIALES 1 ML X 20 MGRS CJ X 10 VIA INVIMA 2017M-0013842-R1,20051078-01,N06BC01,VIGENTE,,	30911	2028-05-31	4	167,930.00		671,720.00
3	27289	CUROSURF 240 MG 3.0ML SUSP VIA INTRAT INVIMA 2016MB-14187-R2,19906076-1,R07AA02,VIGENTE,,	1222692	2027-03-08	4	1,594,279.00		6,377,116.00
4	648100072	PENTAGLOBIN 5% X 100 ML 5G SOL. INF. IV INVIMA 2021MB-012811-R3,43789-3,J06BA02,VIGENTE,,	C146025P02	2027-01-31	4	4,838,767.00		19,355,068.00
5	648050072	PENTAGLOBIN 5% X 50 ML 2.5G SOL. INF. IV INVIMA 2021MB-012811-R3,43789-2,J06BA02,VIGENTE,,	C146015P01	2026-12-31	10	2,419,384.00		24,193,840.00

Valor en Letras: NOVENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Total Items: **5**

Observaciones:

Subtotal	**93,665,644.00**
Descuento	**0.00**
Base IVA	**0.00**
IVA	**0.00**
Total Operación	**93,665,644.00**
Valor Total:	**93,665,644.00**

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: _____

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.

- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA -

Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2025-12-10 12:31:36-05:00

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
664	10	12	2025

SLV-FAR-05-F01
Version 2

Proveedor: AMAREY
Factura Nº: AFE60040

HORA 11:30 P.M

Factura Vigente hasta: 10/3/2026

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	SURFACTANTE PULMONAR FOSFOLIPIDOS 240MG 3 ML VIAL	FRASCO	2023MB-011845-R2	CHIESI	1222692	453	08/03/2027	N/A	4	4	2	C	C	C	C
2	PEYONA VIALES 1 ML X 20 MGRS (CAFEINA)	CAJA X 10 VIALES	2017M-0013842-R1	CHIESI	30911	903	31/5/2028	N/A	40	40	5	C	C	C	C
3	ACUPAN NEFOPAM 20 MG/ 2 ML	CAJA X 5 AMPOLLAS	2017M-0017863	BIOCODEX	D936	782	31/1/2028	N/A	580	580	32	C	C	C	C
4	PENTAGLOBIN 5% X 100 ML 5G SOLUCION	FRASCO	2021MB-012811-R3	BIOTEST	C146025P02	417	31/1/2027	N/A	4	4	2	C	C	C	C
5	PENTAGLOBIN 5% X 50 ML ML 2,5G SOLUCION	FRASCO	2021MB-012811-R3	BIOTEST	C146015P01	386	31/12/2026	N/A	10	10	2	C	C	C	C

Elaborado por:
Deysi Maeyol Garzón Tara.
Firma
Regente encargado de recepcion

Verificado por:
Firma
Quimico Farmaceutico

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-05, 11:11:29 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	AMAREY NOVA MEDICAL SA
NIT	NI 800250382
Código Sucursal (Nombre)	01 (ANAREY NOVA MEDICAL S A II)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077657133
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1984624035
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 841.041.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	107	$ 95.490.200	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	49	$ 49.362.700	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	122	$ 232.672.000	$ 0
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	34	$ 40.144.900	$ 0
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	8	$ 18.464.800	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	12	$ 4.868.800	$ 0
N806008394	EPS048	EPS-S MUTUAL SER	1	$ 158.600	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	113	$ 88.416.100	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	21	$ 7.621.600	$ 0
N805001157	EPS018	SOS-EPS	4	$ 3.965.400	$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	22	$ 31.001.400	$ 0
N890303093	EPS012	COMFENALCO VALLE EPS	1	$ 1.786.400	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	28	$ 7.429.700	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	64	$ 34.260.100	$ 0
N900298372	EPSC34	RECAUDO FOSYGA CAPITAL SALUD	1	$ 95.300	$ 0
N900226715	ESSC24	CMRC Recaudo Coosalud ADRES ESSC24	1	$ 57.000	$ 0
N901543761	CCFC33	FAMILIAR DE COLOMBIA	1	$ 57.000	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	54	$ 32.103.400	$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	322	$ 31.695.000	$ 0
N890480110	CCF09	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGE	1	$ 253.200	$ 0
N890101994	CCF07	COMFAMILIAR ATLANTICO	11	$ 3.784.600	$ 0
N891080005	CCF16	COMFACOR	1	$ 158.600	$ 0
N892399989	CCF15	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CESAR	1	$ 571.700	$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	25	$ 7.907.100	$ 0
N890500675	CCF36	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENT	1	$ 489.100	$ 0
N891280008	CCF35	CCF DE NARINO	2	$ 927.500	$ 0
N890303208	CCF57	COMFANDI	21	$ 7.601.500	$ 0
N891480000	CCF44	COMFAMILIAR RISARALDA	21	$ 5.271.900	$ 0
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	229	$ 71.289.600	$ 0
N891180008	CCF32	COMFAMILIAR DEL HUILA	2	$ 271.300	$ 0
N890000381	CCF43	COMFENALCO QUINDIO	1	$ 205.100	$ 0
N891800213	CCF10	COMFABOY	1	$ 468.400	$ 0
N890201578	CCF40	COMFENALCO	4	$ 1.342.900	$ 0
N890700148	CCF50	COMFENALCO-TOLIMA	1	$ 512.700	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	61	$ 24.135.500	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	61	$ 36.200.700	$ 0

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!