**GS-2025-** **/DISAN**

BOGOTÁ 05 SEP 2025

Mayor
**JHONNY ALEXANDER GUERRERO GRANADOS**
Director Hospital Central
Bogotá

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato 96-8-20475-25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _X_ O FINAL ____**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **1 AGOSTO 2025** | **Hasta** | **31 DE AGOSTO 2025** |

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

- Mediante orden del día 167 del 24 de julio de 2025, el señor Mayor **JHONNY ALEXANDER GUERRERO GRANADOS,** obrando en calidad de Director Hospital Central de la Policía, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al líder del servicio de Cirugía de mano del Departamento Quirúrgico del Hospital Central de la Policía o quien haga de sus veces.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 4**

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **96-8-20475-25** |
| **Objeto del Contrato** | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL ,CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.GRUPOS 1,2,3 y 4 |
| **Contratista** | SUPLEMEDICOS S.A.S |

| | |
|---|---|
| **Representante legal** | **MANUEL MESA RESTREPO** |
| **Valor inicial del contrato** | **$ 45.000.000,00** |
| **Valor adiciones del contrato** | **N/A** |
| **Valor total del contrato** | **N/A** |
| **Plazo de ejecución inicial** | **6 MESES Y 27 DIAS** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **28 de Mayo 2025** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | **23 de Diciembre 2025** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **N/A** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **N/A** |
| **Adiciones** | NO APLICA |
| **Modificatorios** | NO APLICA |
| **Prorrogas** | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual. | SI | |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas. | SI | |
| Responder en los plazos que el HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | |
| Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | |
| Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos del Hospital Central o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | |
| Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | SI | |
| No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento al Hospital Central de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | |
| Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, en la cual se incluye el Decreto Ley 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, las normas universales de bioseguridad, relacionadas con las obligaciones de cada persona para la conservación del ambiente, de los recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, segregación adecuada de residuos hospitalarios, y demás actividades que incluyan o relacione su actividad; además de las normas que las modifiquen, reglamenten y/o sustituyan. | SI | |
| Así mismo deberá aplicar las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID. | SI | |
| Para la facturación de los bienes contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta. | SI | |
| El CONTRATISTA debe garantizar la sostenibilidad de los precios para evitar el incremento de los mismos durante el tiempo que dure la ejecución del contrato. | SI | |
| Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del suministro objeto del presente proceso (futuro contrato). Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato incluyendo los impuestos. | SI | |
| Cumplir con las Obligaciones señaladas en la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Decreto 723 de 2013, Circular Unificada de 2004 de la Dirección General de Riesgos Profesionales y demás normatividad que las modifiquen o deroguen. | SI | |
| El CONTRATISTA debe informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en setenta (70%) por ciento, a fin de evitar sobre ejecución del objeto contractual. En consecuencia, el CONTRATISTA se compromete a no continuar suministrando los insumos objeto del presente contrato cuando se haya ejecutado la totalidad de los recursos asignados o una vez vencido el plazo de ejecución. La ejecución del contrato por fuera del extremo contractual o sin la existencia de recursos disponibles, no será pagada por la entidad. | SI | |
| Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte la actividad del mismo, el CONTRATISTA debe informar por escrito al supervisor de contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo, si es viable. | SI | |
| El contratista acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la POLICÍA NACIONAL. | SI | |
| Las demás contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. | SI | |
| EL CONTRATISTA asumirá cualquier infracción o multa ambiental que se genere por conductas inseguras del personal que labore dentro de las instalaciones (vertimientos intencionales o accidentales de sustancias químicas, abandono de insumos o residuos sin etiquetas, retiro de residuos sin autorización, transporte de residuos en vehículos no autorizados y demás que conduzcan a generar mayor impacto al medio ambiente o coloquen en riesgo la salud humana, que por ende representen incumplimiento normativo para el Hospital Central y en general para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional | SI | |
| El contratista debe cumplir con cada una de las condiciones técnicas mínimas contenidas en estudio previo | SI | |

Las demás contenidas en el articulo5º de la Ley 80 DE 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

NO SE RECIBIO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS JULIO 2025

## CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN / ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD DE MEDIDA | CUMPLIO | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GRUPO 1 – SISTEMA DE 2,0 MM | PLACA DE TITANIO RECTA DE COMPRESIÓN DE 4 A 10 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 2 | | PLACA DE TITANIO RECTA DE COMPRESIÓN DE 4 A 10 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 0.5 A 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 3 | | PLACA DE TITANIO EN T DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 4 | | PLACA DE TITANIO EN T DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 0.5 MM A 1.2MM | UNIDAD | SI | |
| 5 | | PLACA DE TITANIO EN Y DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 2.0MM CON PERFIL DE 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 6 | | TORNILLO DE CORTICAL DE 5 A 10MM DE 2.0 MM | UNIDAD | SI | |
| 7 | | TORNILLO DE CORTICAL DE 10 A 15MM DE 2.0 MM | UNIDAD | SI | |
| 8 | | TORNILLO DE CORTICAL DE 16 A 36 MM DE 2.0 MM | UNIDAD | SI | |
| 9 | | BROCAS DE 1.5 A 1.7 MM | UNIDAD | SI | |
| 10 | | BROCAS 2.0 MM | UNIDAD | SI | |
| 11 | | PLACA NO BLOQUEADA DE TITANIO RECTA DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 2.0MM CON PERFIL 1.2MM | UNIDAD | SI | |
| 12 | | PLACA NO BLOQUEADA DE TITANIO EN T DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 2.0MM CON PERFIL DE 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 13 | | PLACA NO BLOQUEADA DE TITANIO EN L DERECHA E IZQUIERDA DE 2.0MM CON PERFIL 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 14 | | PLACA NO BLOQUEADA DE TITANIO EN X Y / O Z DE 2.0MM CON PERFIL 1.2MM | UNIDAD | SI | |
| 15 | | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |
| 16 | | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |
| 17 | | TORNILLO CORTICAL DE 16 A 36 MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |
| 18 | | PLACAS EN REJILLA DERECHA E IZQUIERDA BLOQUEADA(2X4) DE 2.0 MM | UNIDAD | SI | |
| 19 | | PLACA BLOQUEADA DE TITANIO RECTA DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 2.0MM CON PERFIL 1.2MM | UNIDAD | SI | |
| 20 | | PLACA BLOQUEADA DE TITANIO EN T DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 2.0MM CON PERFIL DE 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 21 | | PLACA BLOQUEADA DE TITANIO EN L DERECHA E IZQUIERDA DE 2.0MM CON PERFIL 1.2 MM | UNIDAD | SI | |
| 22 | | PLACA BLOQUEADA DE TITANIO EN X Y / O Z DE 2.0MM CON PERFIL 1.2MM | UNIDAD | SI | |
| 23 | | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |
| 24 | | TORNILLO DE BLOQUEO DE 10 A 15MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | | TORNILLO DE BLOQUEO DE 16 A 36 MM DE 2.0MM | UNIDAD | SI | |

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN / ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD DE MEDIDA | CUMPLIO | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GRUPO 2. SISTEMA DE 1.5 A 1,7 MM | PLACA DE TITANIO RECTA DE COMPRESIÓN DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 2 | | PLACA DE TITANIO RECTA DE BAJO PERFIL DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 0.8MM | UNIDAD | SI | |
| 3 | | PLACA DE TITANIO EN T DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 4 | | PLACA DE TITANIO EN T DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 0.8MM | UNIDAD | SI | |
| 5 | | PLACA DE TITANIO EN Y DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 6 | | PLACA DE TITANIO EN REJILLA DERECHA E IZQUIERDA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 7 | | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7MM | UNIDAD | SI | |
| 8 | | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15MM DE 1.5-1.7MM | UNIDAD | SI | |
| 9 | | BROCAS DE 1.1 A 1.5MM | UNIDAD | SI | |
| 10 | | PLACA DE TITANIO RECTA BLOQUEADA DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 11 | | PLACA DE TITANIO RECTA BLOQUEADA DE BAJO PERFIL DE 4 A 10 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 0.8MM | UNIDAD | SI | |
| 12 | | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 13 | | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 0.8MM | UNIDAD | SI | |
| 14 | | PLACA DE TITANIO EN Y BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 15 | | PLACA DE TITANIO EN REJILLA DERECHA E IZQUIERDA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL 1.0MM | UNIDAD | SI | |
| 16 | | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7MM | UNIDAD | SI | |

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN / ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD DE MEDIDA | CUMPLIO | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GRUPO 3. SISTEMA DE 1.0 A 1.3 MM | PLACA DE TITANIO RECTA DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.0 A 1.3MM CON PERFIL DE 0.6MM | KIT | SI | |
| 2 | | PLACA DE TITANIO EN REJILLA DERECHA E IZQUIERDA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.0 A 1.3MM CON PERFIL DE 0.6MM | KIT | SI | |
| 3 | | PLACA DE TITANIO EN T DE COMPRESIÓN DE 4 A 8 ORIFICIOS X 2 ORIFICIOS DE 1.0 A 1.3MM CON PERFIL DE 0.6MM | KIT | SI | |
| 4 | | TORNILLO DE CORTICAL DE 4 A 12MM DE 1.0-1.3 MM | UNIDAD | SI | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | BROCAS DE 0.7 - 1.4 MM | UNIDAD | SI | |

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN / ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD DE MEDIDA | CUMPLIO | OBSERVACION OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GRUPO 4. SISTEMA CANULADO DE ESCAFOIDES DE 1.5 A 3.9 MM | TORNILLO CANULADO HASTA 30MM DE 1.5 A 3.9 MM | KIT | SI | |
| 2 | | TORNILLO MINICANULADO HASTA 30MM DE 1.5 A 3.9MM | UNIDAD | SI | |
| 3 | | TORNILLO CANULADO OCUTABLE DE COMPRESION SIN CABEZA ACERO 2.4 2.7 3.0 | UNIDAD | SI | |
| 4 | | TORNILLOS CANULADO OCULTABLE DE COMPRESION SIN CABEZA TITANEO 2.4 2.7 3.0 | UNIDAD | SI | |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

## 3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (94) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, faltando (113) días para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El Hospital Central de la Policía Nacional identificado con Nit **830067597- 4** pagará al oferente el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Bogotá, D.C., de manera mensual, después de la prestación del servicio, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para el pago respectivo, previa presentación de los siguientes documentos:

- Factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los elementos, objeto de la carta de aceptación suscrita por el supervisor de la misma.
- Alta de almacén.
- Copia del certificado de importación expedido por la DIAN (únicamente cuando los elementos son de origen extranjero).
- Copia del RIT (Registro de información Tributaria).
- **Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad**

Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

### 4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

| Balance general de pagos y entregas | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato u orden de compra** |
| Valor total del contrato | **$ 45.000.000,00** | 100% |
| Valor total de las entregas | **$ 12.477.291,00** | 27,72% |
| Valor total facturado | **$ 12.477.291,00** | 27,72% |

| | | |
|---|---|---|
| Valor facturado pendiente de pago | **$ 12.477.291,00** | 27,72% |
| Valor pagado | 0 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $ **32.522.709,00** | 72,27 % |

a. Detalles de las entregas , valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra únicamente del periodo que está informando)

| Nº de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | Nº de factura | Valor pagado | Valor deducciones | Nº orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | $ 987.012,00 | 12/08/2025 | $ 987.012,00 | 020-45664 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 02 | $383.824,00 | 12/08/2025 | $383.824,00 | 020-45667 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 03 | $4.870.369,00 | 12/08/2025 | $4.870.369,00 | 020-45669 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 04 | $251.948,00 | 12/08/2025 | $251.948,00 | 020-45670 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 05 | $4.976.346,00 | 12/08/2025 | $4.976.346,00 | 020-45680 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 06 | $377.922,00 | 12/08/2025 | $377.922,00 | 020-45681 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 07 | $629.870,00 | 12/08/2025 | $629.870,00 | 020-45683 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI x** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO___** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

**4.2 Entrada de Bienes (verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)**

**5. RECOMENDACIONES**
**N/A**

Atentamente,

Firma _____
Capitán **NAYUDY GONZALEZ SIERRA**
Responsable del servicio de Neurocirugía HOCEN
Supervisor de Contrato No. **96-8-20475-25**

hocen.dequi@policia.gov.co
Telefono 580 44 01- ext. 2144

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 2<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro: X<br>Contrato interadministrativo |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 01 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |
| Fecha de entrega | 12 agosto 2025 |

| | |
|---|---|
| certificada: | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $987.012,00 | $987.012,00 | | $987.012,00 |
| | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45664 | 12 agosto 2025 | $987.012,00 | | $987.012,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $987 012,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta

**No. 020-45664**

**NIT: 811041784**

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA
NOMBRE
HORA

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Regimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: 5db8c62885ab18b6fd7ee218a230b5a58cf3c263d3f6475ae7a925dd1f5dee357498925a161fd4bc66d8f85bb555ef8f

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | ANDRES GUSTAVO GARZON CASTRO |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 11206241 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | NANCY MARTINEZ BONILLA |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 6:44 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11102AT2-C18-S | TORNILLO ACUTRAK MICRO DE 18MM | 611505 | 10-06-2031 | 2021DM-0007215-R1 | 1,00 | 987.012,00 | | 0,00 | 987.012,00 |

| | | |
|---|---|---|
| | **TOTAL LINEAS** | 1 |
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | **0** **987.012,00** |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | **0** **0,00** |
| | **TOTAL FACTURA** | **0** **987.012,00** |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** Año / Mes / Día **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION FACTURA 020-45664

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS . |
|---|---|---|---|
| 4 | 4 | TORNILLO CANULADO OCULTABLE DE COMPRESION SIN CABEZA TITANIO 2.4,2.7,3.0 | TORNILLO ACUTRAK MICRO DE 18MM |

**Firma representante suplemedicos :**

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE**

**SUPLEMEDICOS SAS**

**NIT. 811.041.784-3**

**CERTIFICA:**

1. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 43 de 1990, la Revisoría Fiscal es una actividad relacionada con la ciencia contable, la cual debe ser ejercida por un Contador Público, quien lleva a cabo sus funciones con fundamento en las normas, principios y procedimientos propios de dicha profesión.
2. Como contador público he cumplido con el Código de Ética establecido en la Ley 43 de 1990 y en el anexo 4 del DUR 2420 de 2015.
3. He revisado los registros contables de la compañía Suplemedicos S.A.S al 21 de agosto de 2025, los cuales se encuentran debidamente soportados con los documentos correspondientes.
4. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera aplicables en Colombia. Adicionalmente, he obtenido de la Gerencia la información que he considerado necesaria para la emisión de esta certificación.
5. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, Aportes ARL, Aportes ICBF, SENA y Cajas de Compensación y Fondo de Pensiones y la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes parafiscales correspondiente a julio de 2025.
6. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes, esta corresponde al mes de agosto de 2025.



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

7. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando en cumplimiento de tales obligaciones.

La presente certificación se expide a los veintiún (21) días de agosto de 2025, por solicitud de la Administración, dirigida a quien interese.

Luisa Fernanda Pabón Obando

Luisa Fernanda Pabón Obando

Revisora Fiscal

Tarjeta Profesional No. 49.046-T

En representación de AIGR Contadores S.AS. TR 899



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

## HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la policía Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S 62

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, GRUPO 1,2,3 Y 4".**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 4, GRUPO#4 | TORNILLO CANULADO OCULTABLE DE COMPRESION SIN VCABEZA TITANIO 2.4,2.7,3.0 | 1 | REF 11102 AT2-C18-S LOTE611505 | 987.012,00 | 987.012,00 |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | 987.012,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

- Entrega Parcial: SI_X_____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO___X___, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

**REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

| NOMBRE COME | NOMBRE GENERICO | TIPO DE INSUMO: DISPOSITIVO MEDICO | TIPO DE INSUMO: REACTIVO | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| TORNILLO ACUTR DE 18MM | TORNILLO CANULADO OCULTABLE DE COMPRESION SIN CABEZA TITANIO 2.4,2.7,3.0 | X | | 21/08/2025 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NOMBRE:
SUPERVISOR DEL CONTRATO
NOMBRE
C.C.
DE:

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí

En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA | |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [illegible] D.V. ☐ | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) | | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) | | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [illegible] S.A.S. | | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☒ |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [illegible] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) | 13. Teléfono [illegible] | 14. Fax (*) [illegible] | 15. Teléfono móvil (*) |
| 16. Correo electrónico (*) [illegible] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|
| a. [illegible] | [illegible] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [illegible] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. | |
| De oficio | Nombre funcionario | |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [illegible] | | 26. Fecha inicio de actividades [illegible] |
| | 27. Dirección [illegible] | | 28. Tel. [illegible] |
| | 29. Placa actual del establecimiento | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |

**REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA #020-45681**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA | PROVEEDOR SUPLEMEDICOS | ASESOR COMERCIAL SUPLEMEDICOS | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 MM DE 1.5-1,7 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 *10MM | 24384713 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 3 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45681 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE

C.C. DE:

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 2<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro: X<br>Contrato interadministrativo |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 02 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |
| Fecha de entrega | 12 agosto 2025 |

certificada:

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DF OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $383.824,00 | $383.824,00 | | $383.824,00 |
| | | | | | | |

Acta de recepción de bienes: N/A

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45667 | 12 agosto 2025 | $383.824,00 | | $383.824,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $383.824,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DF CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta

**No. 020-45667**

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 27 AGO 2025
NOMBRE
HORA

**NIT: 811041784**

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: 325165b4943d2ea2853a8cf228c676ebc29da5161...7cfd8b8f083cf3bb7619bdacf578dd4f838def544705e7acf75e

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | CRISTIAN DAVID JIMENEZ |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 1065829961 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | CRISTINA CORREDOR B |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 6:53 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21103A-5400.09 | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 * 09MM | 21251769 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361-R1 | 1,00 | 191.912,00 | | 0,00 | 191.912,00 |
| 21103A-5400.11 | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 * 11MM | 22283343 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361-R1 | 1,00 | 191.912,00 | | 0,00 | 191.912,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **TOTAL LINEAS** | | 2 |
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | **0** | **383.824,00** |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | **0** | **0,00** |
| | **TOTAL FACTURA** | **0** | **383.824,00** |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** año / Mes / Dia **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION FACTURA 020-45667

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS |
|---|---|---|---|
| 1 | 15 | TORNILLO CORTICAL DE DE 5 A 10 MM DE 2.0 | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *09 MM |
| 1 | 16 | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15MM DE 2.0MM | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *11MM |

**Representante de suplemedicos :**

Diana Alexandra Zenteno

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE**

**SUPLEMEDICOS SAS**

**NIT. 811.041.784-3**

**CERTIFICA:**

1. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 43 de 1990, la Revisoría Fiscal es una actividad relacionada con la ciencia contable, la cual debe ser ejercida por un Contador Público, quien lleva a cabo sus funciones con fundamento en las normas, principios y procedimientos propios de dicha profesión.
2. Como contador público he cumplido con el Código de Ética establecido en la Ley 43 de 1990 y en el anexo 4 del DUR 2420 de 2015.
3. He revisado los registros contables de la compañía Suplemedicos S.A.S al 21 de agosto de 2025, los cuales se encuentran debidamente soportados con los documentos correspondientes.
4. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera aplicables en Colombia. Adicionalmente, he obtenido de la Gerencia la información que he considerado necesaria para la emisión de esta certificación.
5. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, Aportes ARL, Aportes ICBF, SENA y Cajas de Compensación y Fondo de Pensiones y la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes parafiscales correspondiente a julio de 2025.
6. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes, esta corresponde al mes de agosto de 2025.



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

7. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando en cumplimiento de tales obligaciones.

La presente certificación se expide a los veintiún (21) días de agosto de 2025, por solicitud de la Administración, dirigida a quien interese.

Luisa Fernanda Pabón Obando

Luisa Fernanda Pabón Obando
Revisora Fiscal
Tarjeta Profesional No. 49.046-T
En representación de AIGR Contadores S.AS. TR 899



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

## HOSPITAL DE LA POLICIA CENTRAL NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policia Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS,con el fin de realizar la recepción de los bienes deacuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPOS 1,2,3Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 15,GRUPO#1 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 MM DE 2.0 | 1 | REF 21103 A-5400.09 LOTE 21251769 | 191.912,00 | 191.912,00 |
| 16, GRUPO #1 | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15 MM DE 2.0 | 1 | REF21103 A-5400.11 LOTE 22283343 | 191.912,00 | 191.912,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | 388.824,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

| UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE | GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA | No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI__X____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO_____X_, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

**REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

**REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

**REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA # 020-45667**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ | PROVEEDOR | ASESOR COMERCIAL | |

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE DE 5 A 10 MM DE 2.0 | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *09 MM | 21251769 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45667 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15MM DE 2.0MM | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *11MM | 2283343 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45667 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE

C.C. DE:

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA | |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [illegible] D.V. [illegible] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) | | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) | | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [illegible] | | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☐ |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☐ | 11. Direc. de notificaciones [illegible] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) | 13. Teléfono [illegible] | 14. Fax (*) [illegible] | 15. Teléfono móvil (*) |
| 16. Correo electrónico (*) [illegible] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad ecónomica |
|---|---|
| a. [illegible] | [illegible] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [illegible] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. | |
| De oficio | Nombre funcionario | |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [illegible] | | 26. Fecha inicio de actividades |
| | 27. Dirección [illegible] | | 28. Tel. [illegible] |
| | 29. Placa actual del establecimiento | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades |
| | 59. Direccion | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |

SJPOV

| Página 1 de 2 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro: X<br>Contrato interadministrativo |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 03 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |

| | |
|---|---|
| que desempeña: | |
| Fecha de entrega certificada: | 12 agosto 2025 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $4.870.369,00 | $4.870.369,00 | | $4.870.369,00 |
| | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45669 | 12 agosto 2025 | $4.870.369,00 | | $4.870.369,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $4.870.369,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta

No. 020-46669

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 11 AGO 2025
NOMBRE Cinta a
HORA Factura 8341

NIT: 811041784

Calle 66 A No. 43-02
Ciudad: Itagui, 05360
Departamento: ANTIOQUIA
País: Colombia
Teléfono: 6043730700

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: a00b048e52bf4ae7ca60a1b5ac18c7676a78bfd5b3d258fb89af060e3e19cb2148aff7216290b74630491ea5da1abcad

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | JULIO IGNACIO SALAZAR |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 12967362 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | DANIEL GOMEZ CADAVID |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 7:07 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21102A-4655.16 | PLACA EN T BLOQ 2 * 8 H T 1.3 | 24400855 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 2.229.311,00 | | 0,00 | 2.229.311,00 |
| 21103A-5400.12 | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 * 12MM | 23340107 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 191.912,00 | | 0,00 | 191.912,00 |
| 21103A-5450.08 | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 * 08MM | 22299657 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 3,00 | 349.878,00 | | 0,00 | 1.049.634,00 |
| 21103A-5450.10 | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 * 10MM | 23367732 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 2,00 | 349.878,00 | | 0,00 | 699.756,00 |
| 21103A-5450.12 | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 * 12MM | 24409926 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 2,00 | 349.878,00 | | 0,00 | 699.756,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **TOTAL LINEAS** | | 5 |
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | 0 | 4.870.369,00 |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | 0 | 0,00 |
| | **TOTAL FACTURA** | 0 | 4.870.369,00 |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** Año / Mes / Día **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION FACTURA #020- 45669

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS |
|---|---|---|---|
| 1 | 4 | PLACA EN TITANIO EN T DE COMPRESION DE 4 A 8 ORIFICIOSX2 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 0.5MM A1.2MM | PLACA EN T BLOQ 2*8 HT1.3 |
| 1 | 16 | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15 MM DE 2.0 MM | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *12 MM |
| 1 | 23 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0* 0.8 MM |
| 1 | 23 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 10 A 15 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 *10MM |
| 1 | 24 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 10 A 15 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 *12MM |

Diana Portilla Benitez
Suplemedicos

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE**

**SUPLEMEDICOS SAS**

**NIT. 811.041.784-3**

**CERTIFICA:**

1. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 43 de 1990, la Revisoría Fiscal es una actividad relacionada con la ciencia contable, la cual debe ser ejercida por un Contador Público, quien lleva a cabo sus funciones con fundamento en las normas, principios y procedimientos propios de dicha profesión.
2. Como contador público he cumplido con el Código de Ética establecido en la Ley 43 de 1990 y en el anexo 4 del DUR 2420 de 2015.
3. He revisado los registros contables de la compañía Suplemedicos S.A.S al 21 de agosto de 2025, los cuales se encuentran debidamente soportados con los documentos correspondientes.
4. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera aplicables en Colombia. Adicionalmente, he obtenido de la Gerencia la información que he considerado necesaria para la emisión de esta certificación.
5. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, Aportes ARL, Aportes ICBF, SENA y Cajas de Compensación y Fondo de Pensiones y la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes parafiscales correspondiente a julio de 2025.
6. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes, esta corresponde al mes de agosto de 2025.



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

7. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando en cumplimiento de tales obligaciones.

La presente certificación se expide a los veintiún (21) días de agosto de 2025, por solicitud de la Administración, dirigida a quien interese.

Luisa Fernanda Pabón Obando

Luisa Fernanda Pabón Obando

Revisora Fiscal

Tarjeta Profesional No. 49.046-T

En representación de AIGR Contadores S.AS. TR 899



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

## HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policía Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, Diana Maria Mantilla Benitez representante comercial de SUPLEMEDICOS, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo con el contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPO 1,2,3 Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 4, GRUPO #1 | Placa de titanio en T de compresión de 4 A 8 orificios x2 orificios 2.0 mm con perfil de 0.5 mm a 1.2mm | 1 | RF 21102 A-4655.16, LOTE 24400855 | 2.229.311,00 | 2.229.311,00 |
| 16,GRUPO #1 | Tornillo cortical de 10 a 15mm de 2.0mm | 1 | REF21103 A-5400.12 LOTE23340107 | 191.912,00 | 191.912,00 |
| 23, GRUPO #1 | Tornillo bloqueo de 5 a 10 mm de 2.0mm | 3 | REF 21103 A-5450.08 LOTE22299657 | 349.878,00 | 1.049.634,00 |
| 23,GRUPO# 1 | Tornillo bloqueo de 5 a 10 mm de 2.0mm | 2 | REF 21103 A-5450.10 LOTE23367732 | 349.878,00 | 699.756,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 24GRUPO#1 | Tornillo bloqueo de 16 a 36 mm de 2.0mm | 2 | REF21103A-5450.12 LOTE24409926 | 349.878,00 | 699.756,00 |
| | **TOTAL** | | | | 4.870.369,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | | |

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

| UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE | GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA | No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI___X___ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO____X__, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

**REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** |
| **REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** |

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA # 020-45669**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA | PROVEEDOR SUPLEMEDICOS | ASESOR COMERCIAL SUPLEMEDICOS | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | X | PLACA EN TITANIO EN T DE COMPRESION DE 4 A 8 ORIFICIOSX2 ORIFICIOS 2.0MM CON PERFIL DE 0.5MM A1.2MM | PLACA EN T BLOQ 2*8 HT1.3 | 24400855 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45669 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE 10 A 15 MM DE 2.0 MM | TORNILLO CORTICAL HD6 DE 2.0 *12 MM | 23340107 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45669 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0* 0.8 MM | 22299657 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 3 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45669 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO DE BLOQUEO DE 10 A 15 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 *10MM | 23367732 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 2 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45669 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X2021 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 10 A 15 MM DE 2.0MM | TORNILLO BLOQUEADO HD6 DE 2.0 *12MM | 24409926 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 2 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45669 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:
SUPERVISOR DEL CONTRATO
NOMBRE
C.C. DE:

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [redacted] D.V. [redacted] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) [redacted] | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) [redacted] | | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) [redacted] | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) [redacted] | | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [redacted] | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☒ | |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [redacted] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) [redacted] | 13. Teléfono [redacted] | 14. Fax (*) [redacted] | 15. Teléfono móvil (*) [redacted] |
| 16. Correo electrónico (*) [redacted] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|
| a. [redacted] | [redacted] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [redacted] | [redacted] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [redacted] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. [redacted] | ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| De oficio | Nombre funcionario | |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con ésta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [redacted] | | 26. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 27. Dirección [redacted] | | 28. Tel. [redacted] |
| | 29. Placa actual del establecimiento [redacted] | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐ | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐ | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐ | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐ | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |

| Página 1 de 2 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios:<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro: X<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 04 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI__ NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |
| Fecha de entrega | 12 agosto 2025 |

| | |
|---|---|
| certificada: | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $251.948,00 | $251.948,00 | | $251.948,00 |
| | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45670 | 12 agosto 2025 | $251.948,00 | | $251.948,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $251.948,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta

**No. 020-45670**

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 27 AGO 2025
NOMBRE
HORA

**NIT: 811041784**

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: 04c8f88325d5eb91a07cb93adf5909e611b58cd2e7317cb8114aa6f103be32d3d379f2f8104a0a8211486c5b9d34dd38

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | LEOVARDO RODRIGUEZ ROPERO |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 91018553 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | JAIRO GALLO DIAZ |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 7:10 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21103A-5200.08 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 08MM | 23368319 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361-R1 | 1,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 125.974,00 |
| | | 24388496 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361-R1 | 1,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 125.974,00 |

| | TOTAL LINEAS | 1 |
|---|---|---|
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | **0** **251.948,00** |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | **0** **0,00** |
| | **TOTAL FACTURA** | **0** **251.948,00** |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** año / Mes / Dia **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION FACTURA 020-45670

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS |
|---|---|---|---|
| 2 | 7 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 MM DE 1.5-1,7 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 *08MM |

**Representante de suplemedicos:**

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE**

**SUPLEMEDICOS SAS**

**NIT. 811.041.784-3**

**CERTIFICA:**

1. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 43 de 1990, la Revisoría Fiscal es una actividad relacionada con la ciencia contable, la cual debe ser ejercida por un Contador Público, quien lleva a cabo sus funciones con fundamento en las normas, principios y procedimientos propios de dicha profesión.
2. Como contador público he cumplido con el Código de Ética establecido en la Ley 43 de 1990 y en el anexo 4 del DUR 2420 de 2015.
3. He revisado los registros contables de la compañía Suplemedicos S.A.S al 21 de agosto de 2025, los cuales se encuentran debidamente soportados con los documentos correspondientes.
4. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera aplicables en Colombia. Adicionalmente, he obtenido de la Gerencia la información que he considerado necesaria para la emisión de esta certificación.
5. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, Aportes ARL, Aportes ICBF, SENA y Cajas de Compensación y Fondo de Pensiones y la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes parafiscales correspondiente a julio de 2025.
6. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes, esta corresponde al mes de agosto de 2025.



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605 Block Centro Empresarial Medellín, Antioquia

## HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policia Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS,con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPO 1,2,3,Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 7, GRUPO #2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 DE 1.5 -1.7 | 2 | REF21103 A-5200.08 LOTE 23368319,24388496 | 125.974,00 | 251.948,00 |
| | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | 251.948,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | TOTAL | | | | |

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

| UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE | GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA | No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI___X___ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO_X_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | **CERTIFICADOR** |
| **REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | |
| **REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | |

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA # 020-45670**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA | PROVEEDOR SUPLEMEDICOS | ASESOR COMERCIAL SUPLEMEDICOS | |

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA | |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [redacted] D.V. [redacted] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) | | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) | | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [redacted] | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☒ | |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [redacted] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) | 13. Teléfono [redacted] | 14. Fax (*) [redacted] | 15. Teléfono móvil (*) |
| 16. Correo electrónico (*) [redacted] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|
| a. [redacted] | [redacted] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐☐ b. ☐☐ c. ☐☐ d. ☐☐ e. ☐☐ f. ☐☐ g. ☐☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [redacted] | [redacted] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [redacted] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. | |
| De oficio | Nombre funcionario | ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [redacted] | | 26. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 27. Dirección [redacted] | | 28. Tel. [redacted] |
| | 29. Placa actual del establecimiento [redacted] | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐☐ | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐☐ | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐☐ | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento ☐☐☐☐☐☐☐ | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 MM DE 1.5-1,7 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 *08MM | 23368319, 24388496 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 2 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45670 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE

C.C. DE:

SJPeV

| Página 1 de 2 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | |

| Tipo de contrato | Marque el tipo de contrato |
|---|---|
| Orden de compra | |
| Contrato de obra | |
| Contrato de consultoría | |
| Contrato de prestación de servicios | |
| Contrato de compraventa | |
| Contrato de suministro | X |
| Contrato interadministrativo | |

| | |
|---|---|
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 05 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA | |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. 8[illegible]4 D.V. [illegible] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) | | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) | | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [illegible] | | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☐ |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [illegible] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) | 13. Teléfono [illegible] | 14. Fax (*) [illegible] | 15. Teléfono móvil (*) |
| 16. Correo electrónico (*) [illegible] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|
| a. [illegible] | [illegible] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [illegible] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. | |
| De oficio | Nombre funcionario | |

**ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO**

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [illegible] | | 26. Fecha inicio de actividades |
| | 27. Dirección [illegible] | | 28. Tel. |
| | 29. Placa actual del establecimiento | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento | 62. Inqresos promedio al inicio de la actividad $ | |

| | |
|---|---|
| que desempeña: | |
| Fecha de entrega certificada: | 12 agosto 2025 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $4.976.346,00 | $4.976.346,00 | | $4.976.346,00 |
| | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45680 | 12 agosto 2025 | $4.976.346,00 | | $4.976.346,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $4.976.346,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta

**No. 020-45680**

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
27 AGO 2025
FECHA
NOMBRE
HORA
Cant. 827
Fact.

**NIT: 811041784**

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: 002d79ccf201c37be12e3cba350298abe6d1c86eb75cba9bf88141bbaf77b9121bc4cda8e3ba69541c7745b12bc09079

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | LUIS FERNANDO ACOSTA |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 1110521834 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | OMAR AUGUSTO GALLO |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 9:16 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21102A-4350.14 | PLACA EN T 1.5MM BLOQ. DE 3 X 5H | 24385319 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 2.111.900,00 | | 0,00 | 2.111.900,00 |
| 21103A-5200.08 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 08MM | 24388496 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 125.974,00 |
| 21103A-5250.06 | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X 06MM | 16150645 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 2,00 | 456.412,00 | | 0,00 | 912.824,00 |
| 21103A-5250.08 | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X 08MM | 16155300 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 456.412,00 | | 0,00 | 456.412,00 |
| 21103A-5250.10 | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X 10MM | 22320012 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 456.412,00 | | 0,00 | 456.412,00 |
| | | 24408623 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 2,00 | 456.412,00 | | 0,00 | 912.824,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **TOTAL LINEAS** | | 5 |
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | **0** | **4.976.346,00** |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | **0** | **0,00** |
| | **TOTAL FACTURA** | **0** | **4.976.346,00** |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** año / Mes / Día **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION FACTURA #020- 45680

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS |
|---|---|---|---|
| 2 | 12 | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS X2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0 MM | PLACA EN T 1.5 MM BLOQ DE 3 X 5H |
| 2 | 7 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5 -1.7MM | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5*08MM |
| 2 | 16 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X 06MM |
| 2 | 16 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5X 0.8MM |
| 2 | 16 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X10 MM |

**Representante comercial suplemedicos**

Daniela Bonilla

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | X | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS X2 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7MM CON PERFIL DE 1.0 MM | PLACA EN T 1.5 MM BLOQ DE 3 X 5H | 24385319 | 2021DM-0007361 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45680 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5 -1.7MM | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5*08MM | 24388496 | 2021DM-0007361 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45680 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X 06MM | 16150645 | 2021DM-0007361 | IIB | 2 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45680 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5X 0.8MM | 16155300 | 2021DM-0007361 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45680 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | X | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A10 MM DE 1.5-1,7MM | TORNILLO BLOQUEADO DE 1.5 X10 MM | 22320012(1), 24408623(2) | 2021DM-0007361 | IIB | 3 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45680 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE

C.C. DE:

## HOSPÍTAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policia Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS,con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPOS 1,2,3Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 12, GRUPO #2 | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7 MM CON PERFIL DE 1.0 MM | 1 | REF 21102 A-4350.14,LOTE 24385319 | 2.111.900.00 | 2.111.900.007 |
| 7, GRUOPO#2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7 MM | 1 | REF21103 A -5200.08 LOTE24388496 | 125.974,00 | 125.974,00 |
| 16,GRUPO#2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 2 | REF 21103 A-5250.06 LOTE16150645 | 456.412,00 | 912.824,00 |
| 16,GRUPO#2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 1 | REF 21103 A-5250.08MM LOTE16155300 | 456.412,00 | 456.412,00 |
| 16 GRUPO #2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 3 | REF 21103 A-5250.10 LOTE 22320012(1), 24408623(2) | 456.412,00 | 1.369.236 |
| | **TOTAL** | | | | 4.976.346,00 |

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA | |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [redacted] D.V. [redacted] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) [redacted] | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) [redacted] | | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) [redacted] | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) [redacted] | | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [redacted] | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☒ | |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [redacted] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) [redacted] | 13. Teléfono [redacted] | 14. Fax (*) [redacted] | 15. Teléfono móvil (*) [redacted] |
| 16. Correo electrónico (*) [redacted] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|
| a. [redacted] | [redacted] |
| b. | |
| c. | |
| d. | |
| e. | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. [redacted] b. [redacted] c. [redacted] d. [redacted] e. [redacted] f. [redacted] g. [redacted]

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [redacted] | [redacted] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [redacted] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. [redacted] | [redacted] |
| De oficio | Nombre funcionario | |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [redacted] | | 26. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 27. Dirección [redacted] | | 28. Tel. [redacted] |
| | 29. Placa actual del establecimiento [redacted] | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación [redacted] |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. |
| | 37 Placa actual del establecimiento [redacted] | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación [redacted] |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. |
| | 45. Placa actual del establecimiento [redacted] | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación [redacted] |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. |
| | 53. Placa actual del establecimiento [redacted] | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación [redacted] |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades [redacted] |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. |
| | 61. Placa actual del establecimiento [redacted] | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | |

## HOSPÍTAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policia Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS,con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPOS 1,2,3Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 12, GRUPO #2 | PLACA DE TITANIO EN T BLOQUEADA DE 4 A 8 ORIFICIOS DE 1.5 A 1.7 MM CON PERFIL DE 1.0 MM | 1 | REF 21102 A-4350.14,LOTE 24385319 | 2.111.900.00 | 2.111.900.007 |
| 7, GRUOP O#2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7 MM | 1 | REF21103 A -5200.08 LOTE24388496 | 125.974,00 | 125.974,00 |
| 16,GRUPO#2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 2 | REF 21103 A-5250.06 LOTE16150645 | 456.412,00 | 912.824,00 |
| 16,GRUPO#2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 1 | REF 21103 A-5250.08MM LOTE16155300 | 456.412,00 | 456.412,00 |
| 16 GRUPO #2 | TORNILLO DE BLOQUEO DE 5 A 10 MM DE 1.5-1.7MM | 3 | REF 21103 A-5250.10 LOTE 22320012(1), 24408623(2) | 456.412,00 | 1.369.236 |
| | **TOTAL** | | | | 4.976.346,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

| UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE | GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA | No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI__X____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO____X__, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI____X__ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

**REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** |
| **REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** |

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA # 020-45680**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA | PROVEEDOR SUPLEMEDICOS | ASESOR COMERCIAL SUPLEMEDICOS | |
| | | | | |

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios:<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro: X<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 06 |
| Contratista: | SUPLEMEDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |
| Fecha de entrega | 12 agosto 2025 |

| | |
|---|---|
| certificada: | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $377.922,00 | $377.922,00 | | $377.922,00 |
| | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45681 | 12 agosto 2025 | $377.922,00 | | $377.922,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $377.922,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta
## No. 020-45681

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA
NOMBRE Maribel Perdomo
HORA 11:00
Recibo Factura

**NIT: 811041784**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: ca470209482a5ed2b73d0d2be944658782fa8fab29dd652d0287d9c2d0d6b520dce6645cfa2ed6c024ba3418a8b5d12a

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL | **PACIENTE:** | MICHAEL ANDRES DAZA CORTES |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 1007866366 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | HERNANDO LAVERDE |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 9:19 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21103A-5200.10 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 10MM | 24384713 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361-R1 | 3,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 377.922,00 |

| | TOTAL LINEAS | 1 |
|---|---|---|
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | **0** **377.922,00** |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | **0** **0,00** |
| | **TOTAL FACTURA** | **0** **377.922,00** |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** Año / Mes / Día **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION

## FACTURA 020-45681

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS |
|---|---|---|---|
| 2 | 7 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10 MM DE 1.5-1,7 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 *10MM |

**Representante de suplemedicos:** Diana Castilla B

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE**

**SUPLEMEDICOS SAS**

**NIT. 811.041.784-3**

**CERTIFICA:**

1. De conformidad con el artículo 2 de la Ley 43 de 1990, la Revisoría Fiscal es una actividad relacionada con la ciencia contable, la cual debe ser ejercida por un Contador Público, quien lleva a cabo sus funciones con fundamento en las normas, principios y procedimientos propios de dicha profesión.
2. Como contador público he cumplido con el Código de Ética establecido en la Ley 43 de 1990 y en el anexo 4 del DUR 2420 de 2015.
3. He revisado los registros contables de la compañía Suplemedicos S.A.S al 21 de agosto de 2025, los cuales se encuentran debidamente soportados con los documentos correspondientes.
4. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera aplicables en Colombia. Adicionalmente, he obtenido de la Gerencia la información que he considerado necesaria para la emisión de esta certificación.
5. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, Aportes ARL, Aportes ICBF, SENA y Cajas de Compensación y Fondo de Pensiones y la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes parafiscales correspondiente a julio de 2025.
6. De acuerdo con la revisión de las cuentas: Aportes EPS, la revisión de la planilla de autoliquidación de aportes, esta corresponde al mes de agosto de 2025.



PBX 604 444 13 45
314 665 36 74
aigr@aigr.co
Únete a Mi Solucion Proyecto digital AIGR en el wpp 320 457 65 85
Cr 43A #19-17 oficina 605
Block Centro Empresarial
Medellín, Antioquia

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI__X____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO____X__, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

**REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

**REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | BOGOTA D.C, AGOSTO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | <table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table> |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 96-8- 20475-25 |
| Constancia de recibido No. | 07 |
| Contratista: | SUPLEMÉDICOS |
| NIT del contratista: | 811041784 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 45.000.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 28/05/2025 AL 23/12/2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E) |
| Fecha de entrega | 12 agosto 2025 |

| | |
|---|---|
| certificada: | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | |
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | $629.870,00 | $629.870,00 | | $629.870,00 |
| | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 020-45683 | 12 agosto 2025 | $629.870,00 | | $629.870,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $629.870,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisión acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas y el plazo establecido.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si X No | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL GRUPOS 1, 2 3 Y 4 | X | |

CAPITAN NAYUDY GONZALEZ SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (E)

# Suplemédicos

## Factura Electrónica de Venta
## No. 020-45683

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 27 AGO 2025
NOMBRE
HORA

**NIT: 811041784**

**Calle 66 A No. 43-02**
**Ciudad: Itagui, 05360**
**Departamento: ANTIOQUIA**
**País: Colombia**
**Teléfono: 6043730700**

Resolución DIAN No. 18764068396950 de 2024-04-04
del 020-40001 al 020-99999. 24 Meses.
Vigencia Responsable IVA

IVA Régimen Común Autorretenedores en Renta según resolución 8082 de Jul 11/07
Somos Autorretenedores de ICA Municipio de Itagüi Resolución No. 118032 de Jun 04/21

CUFE: e22282053ee8bfc0375e9c291cb213b2621846d0c2201c33ec8f3fea903a7281c71665c722fa879137cfb213101fbb40

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL | **PACIENTE:** | MILTON CERON CERON |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO:** | 830067597 | **ID:** | 1004561809 |
| **DIRECCIÓN:** | CR 59 26 21 | **HC:** | |
| **TELÉFONO:** | | **MEDICO:** | OMAR AUGUSTO GALLO |
| **MUNICIPIO:** | BOGOTA D.C. | **FORMA DE PAGO:** | CREDITO |
| **CORREO:** | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | **ORDEN COMPRA:** | |
| **FECHA FACTURA [día-mes-año]:** | 12/08/2025 10:31 a. m. | **DIRECCIÓN DE ENTREGA:** | PRINCIPAL |
| **FECHA VENCIMIENTO [día-mes-año]:** | 11/09/2025 | **MONEDA:** | COP |
| **DÍAS DE PLAZO:** | 30 DIAS | **TASA DE CAMBIO:** | 0 |
| **MEDIO DE PAGO:** | CREDITO | | |

| REFERENCIA | DESCRIPCION | LOTE | FECHA VENCIMIENTO | REGISTRO SANITARIO | CANT. | VALOR UNITARIO | % IVA | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21103A-5200.08 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 08MM | 25426693 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 125.974,00 |
| 21103A-5200.09 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 09MM | 24401789 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 3,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 377.922,00 |
| 21103A-5200.10 | TORNILLO CORTICAL HD4 DE 1.5 * 10MM | 23356044 | 31-12-2099 | 2021DM-0007361 -R1 | 1,00 | 125.974,00 | | 0,00 | 125.974,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **TOTAL LINEAS** | | 3 |
| **OBSERVACIONES:** | **SUBTOTAL:** | 0 | 629.870,00 |
| **CONTRATO N 96-8-20475-25** | **DESCUENTOS** | 0 | 0,00 |
| | **TOTAL FACTURA** | 0 | 629.870,00 |

Recibido:

**Nombre / Cédula:** **Fecha:** año / Mes / Día **Firma:**

**NOTA: Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio, artículo 774 del Código Comercio y después de su vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Después de 30 días de entregada esta factura no se aceptan cambios ni reclamos. Favor consignar en cuenta corriente Bancolombia No. 01416852115 a nombre de SUPLEMEDICOS SAS**

# Suplemédicos

## CARTA DE HOMOLOGACION 020-45683

| GRUPO | ITEM | DESCRIPCION CONTRATO | REFERENCIA FACTURA SUPLEMEDICOS . |
|---|---|---|---|
| 2 | 7 | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *08mm |
| 2 | 7 | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *09mm |
| 2 | 7 | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *10mm |

**Representante suplemedicos**

## HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

**Recepción de bienes No. 1**

**Ciudad y Fecha: BOGOTA 21/ AGOSTO/ 2025**
**Hora: 8:00**
**Lugar: CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOCEN**

### 1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 8:00 horas del día 21 del mes Agosto del año 2025, se reúnen en la central de esterilización Hospital Central de la Policia Nacional: supervisor del contrato capitán NAYUDY GONZALEZ SIERRA, DIANA MARIA MANTILLA BENITEZ, representante comercial de SUPLEMEDICOS,con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato NO.CTO 96-8-20475-25 de fecha 28 de mayo 2025, suscrito con la firma SUPLEMEDICOS S.A.S

CONTRATO 96-8-20475-25

Plazo de ejecución del contrato 23 de DICIEMBRE de 2025.

Cumplió: SI__x__ NO_____

**OBJETO: SUMINISTRO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO DEL HOSPITAL CENTRAL, CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL GRUPO 1,2,3, Y 4"**

### 2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 7,GRUPO#2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7 MM | 1 | REF21103 A -5200.08 LOTE25426693 | 125.974,00 | 125.974,00 |
| 7,GRUPO#2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7 MM | 1 | REFR 21103 A-5200.09 LOTE24401789 | 125.974,00 | 125.974,00 |
| 7,GRUPO#2 | TORNILLO CORTICAL DE 5 A 10MM DE 1.5-1.7 MM | 1 | REFR 21103 A-5200.10 LOTE23356044 | 125.974,00 | 125.974,00 |
| | **TOTAL** | | | | 629.870,00 |

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

**2.1** CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.2** INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) | VALOR UNITARIO + IVA | VALOR TOTAL + IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |

**2.3** Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

| ÍTEM | CANTIDAD | VALOR EN DÓLARES | VALOR UNITARIO EN DÓLARES | TASA DE CAMBIO | VALOR UNITARIO EN PESOS | VALOR TOTAL EN PESOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

| UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE | GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA | No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

- Entrega Parcial: SI__X____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI____ NO____X__, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI____X__ NO_____

**OBSERVACIONES:**

**COMPROMISOS:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | **CERTIFICADOR** |
| **REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | |
| **REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:** | **SI** | | **NO** | X | **NÚMERO** | | |

**Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.**

**CONTRATO N° 96-8-20475/25 SUPLEMEDICOS SAS FACTURA # 020-45683**

| ASISTENTES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GR.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
| CAPITAN | NAYUDI GOZALEZ SIERRA | CENTRAL DE ESTERILIZACION HOCEN | SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| SEÑORA | DIANA MARIA MANTILLA | PROVEEDOR SUPLEMEDICOS | ASESOR COMERCIAL SUPLEMEDICOS | |

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL
RECEPCION TECNICA

| FECHA | TIPO DE INSUMO | | NOMBRE GENERICO | NOMBRE COMERCIAL | No LOTE | REGISTRO SANITARIO INVIMA | TIPO DE RIESGO | CANT | FECHA DE VENCIMIENTO | PROVEEDOR | No DE FACTURA | No. DE CONBTRATO | RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | REACTIVO | DISPOSITIVO MEDICO | | | | | | | | | | | |
| 21/08/2025 | | x | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *08mm | 25426693 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1,00 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45683 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | x | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *09mm | 24401789 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 3 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45683 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| 21/08/2025 | | x | Tornillo cortical de 5 a 10 mm de 1.5-1.7 mm | tornillo cortical HD4 de 1.5 *10mm | 23356044 | 2021DM-0007361-R1 | IIB | 1 | 31/12/2099 | SUPLEMEDICOS | 020-45683 | 96-8-20475-25 | Diana Mantilla |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE:

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE

C.C. DE:

Secretaría de Hacienda

14582

# REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
## "RIT - 1,0"

*Lea las instrucciones al respaldo*
*www.itagui.gov.co*

ALCALDÍA DE Itagüí
En Itagüí **se vive mejor.**

### I. ENCABEZADO (Sólo puede marcar una casilla para 1)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Escoja opción de uso | ☐ Inscripción | ☒ Actualización | ☐ Cese de actividades | |
| 2. Clase de contribuyente | ☐ Normal | ☐ Ocasional | ☐ Retenedor ICA | ☐ Autorretenedor ICA |

### II. DATOS DEL CONTRIBUYENTE O AGENTE RETENEDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Tipo y número de documento C.C. ☐ NIT. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ No. [illegible] D.V. [illegible] | | | |
| 4. Naturaleza jurídica (ver tabla al respaldo) [illegible] | 5. Tipo sociedad (ver tabla al respaldo) [illegible] | | |
| 6. Tipo de entidad (ver tabla al respaldo) [illegible] | 7. Clase de entidad (ver tabla al respaldo) [illegible] | | |
| 8. Apellidos y nombres ó Razón social [illegible] | | 9. Avisos y Tableros Si ☐ No ☒ | |
| 10. Direc. fuera de Itagüí Si ☐ No ☒ | 11. Direc. de notificaciones [illegible] | | |
| 12. Municipio (ver tabla al respaldo) [illegible] | 13. Teléfono [illegible] | 14. Fax (*) [illegible] | 15. Teléfono móvil (*) [illegible] |
| 16. Correo electrónico (*) [illegible] | | | |

### III. DATOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| | 17. Código actividad CIIU Rev. 4 | 18. Descripción de la actividad económica |
|---|---|---|
| a. | [illegible] | [illegible] |
| b. | | |
| c. | | |
| d. | | |
| e. | | |

### IV. CESE DE ACTIVIDADES

| 19. Tipo de cancelación (marque con x una sola opción) | 20. Motivo de cancelación (marque con x una sola opción) |
|---|---|
| Cancelación total de contribuyente (queda sin establecimientos activos) ☐ | Traspaso (ventas, fusión, escición) ☐ |
| Cancelación parcial de establecimientos (queda con otros establecimientos activos) ☐ | Terminación del negocio ☐ |

### V. OTRAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN ITAGÜÍ

21. Código tipo renta (ver instrucciones al respaldo) a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐

### VI. FIRMAS Y FECHA RECEPCIÓN

| 22. Firma contribuyente o representante legal | 23. Nombre y firma funcionario quién recibe el trámite | 24. Fecha recepción |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 25 NOV 2013 |
| C.C. ☒ C.E. ☐ Otro ☐ No. [illegible] | C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No. | |
| De oficio | Nombre funcionario | |

## ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

El registro de la información con esta señal (*) es de carácter opcional. La omisión de estos datos no causan las sanciones contempladas en el Estatuto Tributario Municipal por la no inscripción o actualización del RIT

### VII. DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN ITAGÜÍ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. | 25. Nombre comercial [illegible] | | 26. Fecha inicio de actividades [illegible] | |
| | 27. Dirección [illegible] | | 28. Tel. [illegible] | |
| | 29. Placa actual del establecimiento [illegible] | 30. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | | |
| | 31. Nueva dirección | | 32. Fecha solicitada de cancelación | |
| b. | 33. Nombre comercial | | 34. Fecha inicio de actividades | |
| | 35. Dirección | | 36. Tel. | |
| | 37 Placa actual del establecimiento | 38. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | | |
| | 39. Nueva dirección | | 40. Fecha solicitada de cancelación | |
| c | 41. Nombre comercial | | 42. Fecha inicio de actividades | |
| | 43. Dirección | | 44 Tel. | |
| | 45. Placa actual del establecimiento | 46. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | | |
| | 47. Nueva dirección | | 48. Fecha solicitada de cancelación | |
| d. | 49. Nombre comercial | | 50. Fecha inicio de actividades | |
| | 51. Dirección | | 52. Tel. | |
| | 53. Placa actual del establecimiento | 54. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | | |
| | 55. Nueva dirección | | 56. Fecha solicitada de cancelación | |
| e. | 57. Nombre comercial | | 58. Fecha inicio de actividades | |
| | 59. Dirección | | 60. Tel. | |
| | 61. Placa actual del establecimiento | 62. Ingresos promedio al inicio de la actividad $ | | |