INFORME No. 12

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

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	VALOR FACTURADO	FECHA DE INFORME	SALDO	FACTURA
327.152.681,00	14.619.461,00	SEPTIEMBRE DE 2025	312.533.220,00	AFE 52987
	55.179.741,00	SEPTIEMBRE DE 2025	257.353.479,00	AFE 54322
	12.495.000,00	OCTUBRE DE 2025	244.858.479,00	AFE 54791
	48.558.069,00	OCTUBRE DE 2025	196.300.410,00	AFE 55421
	4.635.558,00	OCTUBRE DE 2025	191.664.852,00	AFE 56472
	33.999.999,00	OCTUBRE DE 2025	157.664.853,00	AFE 56473
	23.562.000,00	OCTUBRE DE 2025	134.102.853,00	AFE 56474
	40.244.263,00	NOVIEMBRE DE 2025	93.858.590,00	AFE 58195
ADICIÓN	50.000.000,00	DICIEMBRE DE 2025	143.858.590,00	N/A
	4.923.333,00	DICIEMBRE DE 2025	138.935.257,00	AFE 61078
	1.060.798,00	DICIEMBRE DE 2025	137.874.459,00	AFE 61079
	21.965.884,00	DICIEMBRE DE 2025	115.908.575,00	AFE 61080
	499.914,00	DICIEMBRE DE 2025	115.408.661,00	AFE 61081

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 515 DE 2025

HACE CONSTAR:

Que: **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.,** DURANTE EL MES DE **DICIEMBRE DE 2025,** SUMINISTRO REPUESTOS PARA LOS **MONITORES DE SIGNOS VITALES** DEL **PORTAFOLIO TECNOLOGICO NIHON KOHDEN,** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, de acuerdo con lo estipulado en el objeto del contrato, tal como lo certifican el Coordinador Biomédico y la Coordinadora de Almacén de la institución, y registrados en el Comprobante de Ingreso No. 2920, documentos adjuntos a la presente.

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

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

En consecuencia, el valor a pagar al contratista es de: **CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS ($ 499.914.00) M/CTE.**

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

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

VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS
Supervisor Contrato.

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

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

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

AFE61081

CUFE: 0a9856f90dea4bec3a7df1c51c40c2faedb967abb09a18f7af5792918f26113fd31590f1d693f4244d26955bc56d60ac

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

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

Cliente: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RSITARIO SÀN RAFAEL DE TUNJA**
Nit: **891800231-0** Ciudad: **TUNJA**
Dirección: **CR 11 27 27**
Tel / Cel: **6087405030**
Destinatario: **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUN/CR 11 27 27**
Dirección Destinatario: **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUN/CR 11 27 27**

Informativo:
Cod Cliente: **0100001979**
E-mail: **FARMACIA7@HOSPITALSANRAFAELTUNJA.GOV.CO**
Paciente:
Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2025-12-22 22:46:52-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2026-03-22
Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CTTO 515-2025** | No. Caso: **27738** | Documento Entrega: **0080117770** | Documento Interno: **1A00060925**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	92249	MARCO REDONDO PARA MANGAS INVIMA 2019EBC-0019966,,,VIGENTE,, PHAN875	2502	9999-12-31	3	140,032.00	19.00	420,096.00

Valor en Letras: CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON VEINTE Y CUATRO CENTAVOS

Observaciones: Total Items: **1**
********** CTTO 515-2025 **********

Subtotal	**420,096.00**
Descuento	**0.00**
Base IVA	**420,096.00**
IVA	**79,818.24**
Total Operación	**499,914.24**
Valor Total:	499,914.24

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

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC4586-1
IQNET

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

Proveedor Tecnológico: VSOC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2025-12-22 22:46:52-05:00

ALMACEN GENERAL

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

COMPROBANTE DE INGRESO

C2 - COMPROBANTE INGRESO ALM SOC Número: 0002920

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

Nro. Doc/Factura: AFE-61081 Fecha Factura: 2025/12/22
Fecha: 2025/12/27
Concepto: 035 - ENTRADA ALMACEN X O. CONTRATO
Moneda: PESO COLOMBIANO TRM: .00

**** DETALLE DE ARTÍCULOS ****

CODIGO	GRU	NOMBRE GENERICO	UN	CANTIDAD	VALOR/UNI	I.V.A.	VALOR NETO
PMAN875	PM1	EMPAQUE PUERTA DE ACCESO IRIS V 808	UN	3.00	140,032.00	79,818	499,914
						79,818	499,914

**** DETALLE DE CUENTAS ****

CUENTA	APLICA	CONTAB.	NOMBRE	DÉBITOS	CRÉDITOS	BASE
15140901	Internacional	Internacional	REPUESTOS	499,914	0	0
24010101	Ambas	Internacional	PROVEEDORES	0	495,713	0
24362704	Ambas	Internacional	DEMAS ACTIVIDADES COMERCIALES	0	4,201	420,096
			TOTAL INTERNACIONAL	499,914	499,914	
			TOTAL LOCAL	0	0	

Contrato:

ALMACENISTA GENERAL

Fecha :2025/12/27 Hora: 14:24:48 Usuario:jeseniam Terminal:*

Periodo: 2025/12 - civmov 8.0.43

EL COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS BIOMÉDICA

CERTIFICA:

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

CODIGO	ACCESORIO	CANTIDAD
92249	Empaque Puerta de Acceso (marco redondo para puertas)	3

Para la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, soportado con factura No. **AFE61081** de fecha de 22 de diciembre de 2025, de acuerdo con el contrato Nº **515** de 2025, cuyo objeto es **SUMINISTRO DE REPUESTOS Y ACCESORIOS DE LAS MARCAS NIHON KOHDEN Y ATOM, ASÍ COMO EL SERVICIO DE MANO DE OBRA, SUMINISTRO DE BOLSA DE REPUESTOS Y ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE DE LA CENTRAL DE MONITOREO DEL PORTAFOLIO TECNOLÓGICO NIHON KOHDEN.**

El suministro relacionado en la factura fue entregado por el proveedor y validado por el personal de gestión de la tecnología Biomédica y Almacén.

Por lo anterior es viable el pago del objeto contractual por un valor de **CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($ 499.914).**

Tunja diciembre de 2.025.

Atentamente,

SANTIAGO ECHEVERRY PAVAS
Coordinador de la Gestión de las Tecnologías Biomédica

Elaboró/Aida B

LA SUSCRITA COORDINADORA DE ALMACÉN

CERTIFICA

Que la empresa **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** con el Nit: **800,250,382-2** entregó a satisfacción durante el mes de diciembre de 2025, **3 EMPAQUE PUERTA DE ACCESO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** de acuerdo con el contrato Nº **515** de 2025. soportado con factura No. **AFE-61081** de fecha de 22 de diciembre de 2025 y Comprobante de Ingreso No. 2920.

Por lo anterior es viable el pago del objeto contractual por un valor de **CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($499.914).**

Tunja diciembre de 2025.

Atentamente,

AURA ESPERANZA ALVARADO BARRERA
COORDINADORA DE ALMACEN

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

NIT 800250382-2

DOCUMENTO DE REMISIÓN No.80117770

Fecha de documento: 18.12.2025
N.pedido SAP: 100175
N.Caso Salesforce: 27738

Cliente: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVE

Nit Cliente: 8918002310 cod.Cliente: 100001979 Telefono: 6087405030

Dirección y Ciudad: CR 11 27 27 TUNJA

Dir. Ciudad Dest: **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUN/CR 11 27 27 TUNJA**

Médico: Fecha cirugía: Hora cirugía: 00:00:00

Historia clínica: Paciente:

DETALLE DE EXPEDICION

Número de orden de compra CTTO 515-2025 Entrega remisionado para El Hospital Universitario San Rafael de Tunja. CRA. 11 # 27 - 27 Tunja - Boyacá Recibe: Ing. Santiago Echeverry Coordinador de proyectos Cel. 3226163357 cbiomedico@hospitalsanrafaeltunja.gov.co Aida Buitrago Secretaria Biomédica Cel. 312 565 9723, FECHA DE ENTREGA 19/12/2025

CUALQUIER INCONVENIENTE POR FAVOR COMUNICARSE CON EL REPRESENTANTE: DIEGO ORTEGA CEL. 3214375285

Cod.Material	Denominación	Invima	Lote	Fecha Venc	Cantidad	Vr.Unitario	IVA%	Vr.total
92249	MARCO REDONDO PARA MANGAS	INVIMA 2019EBC-0019966;;;VIGENTE			0	140.032,00	19	420.096,00
		INVIMA 2019EBC-0019966;;;VIGENTE	2502	31.12.9999	3		0	

Brayan Rodriguez
1.192.782.338
22-12-25.

SUBTOTAL	420.096
IVA	79.818
TOTAL	499.914

Nombre de quien despacha: _____

Empresa Transportadora: _____

Nombre de quien recibe: _____

icontec ISO 9001 SC4596-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

N° Cedula: _____ Fecha recibido: _____ Hora: _____

Firma de recibido: _____

GRUPO Amarey

Bogotá, 10 de diciembre 2025

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

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

Cordialmente,

Firma: _____

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

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

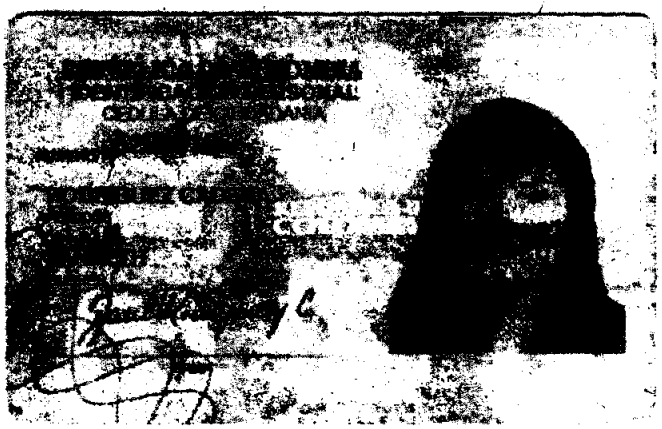
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

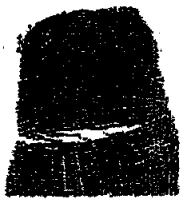
Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1971**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

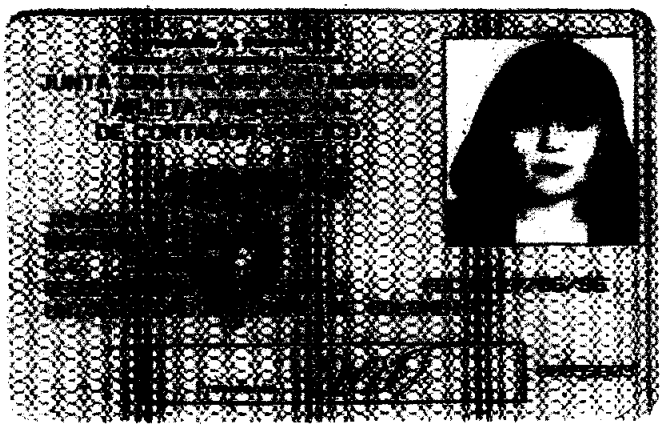
1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

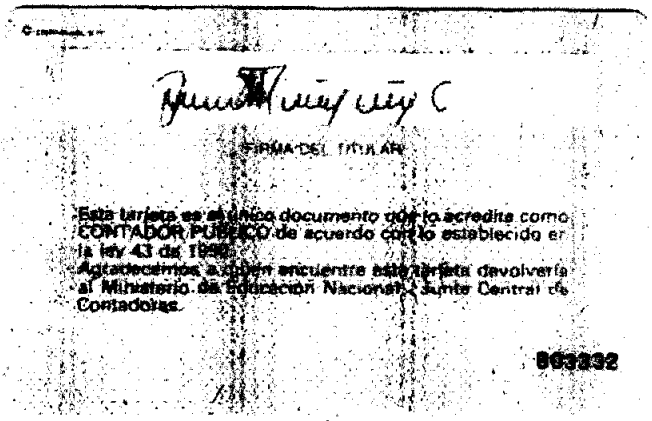
24-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500102-42088111-F-0082009155-20010504 05885 01152A 02 096838601





FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1946.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

883332