**No. 01 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1**

**No. GS-2026-** 152751 **-MEBOG**

Bogotá D.C., 27 de febrero 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1.
Carrera 68 B Bis 44-58
Bogotá D.C.

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No.81-8-20325-25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| Desde | 24/12/2025 | Hasta | 23/01/2026 |
|---|---|---|---|

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 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 comunicación oficial GS-2025-030011-REGI1 de fecha 24 de diciembre de 2025, el señora teniente coronel IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor capitán BRIAN FERNEY ESCOBEDO ALVAREZ Jefe del Grupo Asistencial en la sede Clínica del Sur de Bogotá de la Policía Nacional.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 0

## Información del contrato

| | |
|---|---|
| Contrato No. | 81-8-20325-25 |
| Objeto del Contrato | SUMINISTRO DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y MEDICO QUIRURGICOS PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, GRUPO No 3 GUANTES |
| Contratista | PHARMA CID S.A.S |
| Representante legal | JUDITH ESTHER BLANQUICETH VASQUEZ |

| | |
|---|---|
| Valor inicial del contrato | CIENTO VEINTIDÓS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS ($122.971.056,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA. |
| Valor adiciones del contrato | N/A |
| Valor total del contrato | CIENTO VEINTIDÓS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS ($122.971.056,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA. |
| Plazo de ejecución inicial | 4 MESES |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato | 24 DE DICIEMBRE DEL 2025 |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato | 30 DE ABRIL DEL 2026 |
| 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 | N/A |
| Modificatorios | N/A |
| Prorrogas | N/A |
| Otros | N/A |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

### 1.1 Acciones Adelantadas:

**No aplica**

### 1.2 Verificación del Cumplimiento de las Obligaciones Contractuales

**CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA**

| ITEM | OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | En general, son obligaciones del CONTRATISTA: 1. El CONTRATISTA se obliga a cumplir el objeto del contrato, con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada | SI | NINGUNA |
| 2 | El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | NINGUNA |
| 3 | El CONTRATISTA deberá responder en los plazos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que se le formulen | SI | NINGUNA |
| 4 | El CONTRATISTA deberá guardar 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 | NINGUNA |
| 5 | El CONTRATISTA deberá 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago, se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 | SI | NINGUNA |
| 6 | EL CONTRATISTA deberá constituir la Garantía Única en debida forma y aportarla al Grupo Contratos o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del contrato | SI | NINGUNA |
| 7 | EL CONTRATISTA se compromete a tener Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de y arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial. | | |
| 8 | El CONTRATISTA no debe 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 a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias | SI | NINGUNA |
| 9 | El CONTRATISTA debe 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 | NINGUNA |
| 10 | Las demás obligaciones del CONTRATISTA 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 | NINGUNA |
| 11 | El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo" | SI | NINGUNA |
| 12 | En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. | SI | NINGUNA |
| 13 | EL CONTRATISTA se compromete a tener Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial | SI | NINGUNA |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a tener Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará 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 titulo 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 | NINGUNA |
| 15 | El CONTRATISTA se obliga comunicar por escrito AL CONTRATANTE, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente. | SI | NINGUNA |
| 16 | El CONTRATISTA se compromete a garantizar la sostenibilidad de los precios para evitar el incremento de los a mismos durante el tiempo que dure el contrato que se llegase a celebrar | SI | NINGUNA |
| 17 | El CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del mismo | SI | NINGUNA |
| 18 | El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato será a cargo del contratista | SI | NINGUNA |
| 19 | El CONTRATISTA asumirá los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo de la entrega de los elementos objeto del contrato | SI | NINGUNA |
| 20 | El CONTRATISTA deberá asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesaria tramitar antes del inicio del suministro de los insumos objeto del presente proceso | SI | NINGUNA |

## 2. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No se ha generado facturación

### 3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato restando (90) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

### 4. TRAMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, en la ciudad de Bogotá, D. C. de manera mensual, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de Recibo a Satisfacción Técnico - Económico suscrita por el Supervisor del Contrato, Formato de recepción de bienes, copia del Certificado de Importación expedido por la DIAN (únicamente cuando los insumos son de origen extranjero) y acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114 - 1 del estatuto tributario adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 201 de 2016, documentos que deben ser tramitados por la ventanilla única - Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 ubicada en la carrera 68 B Bis No 44-58 Cuarto Piso, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignara un numero de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos mensuales se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario para inicio de pagos e en caso de realizarse una modificación de la misma a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley

**Documentos Requeridos para la Facturación**
1. Formato de recepción de bienes
2. Factura de venta
3. Carta de homologación (de ser necesario)
4. Constancia de recibido a satisfacción (RAS)
5. Parafiscales, certificación firmada por representante legal y contador
6. Registro de información tributaria - RIT vigente

**Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:**
La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validad por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el Instructivo No. 001 SUDIR-DIRAF 70 LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCION DE LA FACTURA ELECTRONICA, dando cumplimiento a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 "Por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Débito y/o Notas Crédito".

El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación"
**PROCEDIMIENTO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS**

Una vez radicada la factura y entregados los elementos por parte del Adjudicatario (Contratista), al Supervisor del Contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo

Los pagos se realizarán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO**: PHARMACID S.A.S
**NIT:** 800.108.193-0 BANCO: BANCO DE BOGOTÁ
**TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE
**NUMERO DE CUENTA:** 079036414

**4.1 Ejecución Financiera y Pagos:**

| a. Balance general de pagos y entregas | | |
|---|---|---|
| | **Valor en Pesos** | **%del valor del Contrato** |
| Valor total del contrato | $ 122.971.056,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 32.966.200,00 | 27% |
| Valor total facturado | $ 0,00 | 0,0% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 122.971.056,00 | 100% |
| Valor pagado | $ 0,00 | 0,0% |
| Valor pendiente de entrega | $ 90.004.856,00 | 73% |

| b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. orden de pago** |
| No 01 24/12/2025 | $ 32.966.200,00 | 24/12/2025 | $ 32.966.200,00 | PHA 3335 | $ 32.966.200,00 | Pendiente | Pendiente |

**5. RECOMENDACIONES**

No hay recomendaciones por parte de la supervisión a lo administrado

**6. CONCLUSIONES**

| | | |
|---|---|---|
| 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. |

Atentamente,

Mayor **MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES**
Responsable Grupo Servicio Asistencial
Correo electrónico: monica.gutierrez1050@correo.policia.gov.co
Celular: 3214798118

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Bogotá, D.C., Diciembre 24 de 2025 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 |
| 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 No. | 81-8-20325.25 |
| Constancia de recibido No. | 1 |
| Contratista: | PHARMA CID SAS |
| NIT del contratista: | 800108193-0 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | "SUMINISTRO DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y MEDICO QUIRURGICOS PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD No 1, GRUPO No 3 GUANTES" |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios: | NO APLICA |
| Valor del contrato: | GRUPO 3: GUANTES<br>Valor Vigencia 2025: $32.971.056<br>Valor Vigencia 2026: $90.000.000<br>Valor total del contrato: $122.971.056 |
| Plazo de ejecución: | INICIO:24/12/2025 - TERMINO: 30//04/2026 |
| Fecha de vencimiento | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Avenida calle 12 N° 79 A 25 Bodega 33 Parque Industrial Alsacia |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CT BRIAN FERNEY ESCOBEDO ÁLVAREZ<br>JEFE DEL GRUPO ASISTENCIAL |
| Fecha de entrega certificada: | 24/12/2025 |

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
29 DIC 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

| | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | **RASE S 1** | **16** | SUMINISTRO DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y MEDICO QUIRURGICOS PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, GRUPO No. 3 GUANTES. | **$32.966.200** | **$32.966.200** | **$0,00** | **$32.966.200** |
| Acta de recepción de bienes | | | | | | | |

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| PHA 3335 | 24/12/2025 | $32.966.200 | 0 | $32.966.200 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $32.966.200 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: LOS ELEMENTOS ENTREGADOS SE RECIBEN A SATISFACCIÓN CUMPLIMIENTO CON LA CALIDAD DE LA ENTREGA DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Y CUMPLIMIENTO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato. | **Si_X_ No___** | Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el representante legal, RIT. |

Capitán BRIAN FERNEY ESCOBEDO ÁLVAREZ
Jefe Grupo Asistencial CLISUR
Supervisor del Contrato

# DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
## 39 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
## Nit: 900336524
## Movimientos de Almacén


PROGRAMA: INPMMVAL
V. 5000
26/12/2025 08:50:18
RODOLFO GUZMAN BERMUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tpdo | ENC - ENTRADA ELEMENTOS CONSUMO SIN CONTROL | | | Area Resp | 70429398 - ADMINISTRACIÓN ALMACEN RASES 1 | | |
| Número | 150 | Fecha | 26/12/2025 | Solicitante | 900336524 - SECCIONAL SANIDAD BOGOTA | | |
| Almacén | 1 - ALMACEN SECSA MEBOG | | | TpMy Contab | 43 - ENTRADAS | Estado | INGRESO A ALMACEN |
| Proyecto | - | | | | | | |

**FACTURAS RELACIONADAS**

| Tipo Documento | Prefijo | Número | Fecha | Iva | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1-FACTURA | PHA | 3328 | 23/12/2025 | 5,263,511.00 | 32,966,200.00 |
| | | | | | 32,966,200.00 |

**BODEGA:** 1 - BOEGA SECSA MEBOG

| Tipo | Grupo | Subgrupo |
|---|---|---|
| 11 - CONSUMO SIN CONTROL | 3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA | 5 - OTROS INSUMOS PARA SANIDAD |

| Item | Descripción | Detalle Adicional | Cantidad | Marca | Unidad | Procedencia | Valor Unitario | Valor Total sin IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102423 | GUANTE DE NITRILO DESECHABLE NO ESTERIL PARA EXAMEN TALLA L | | 549 | | UNIDAD | 1 | 11,917.85 | 5,498,235.00 | 6,542,899.65 |
| 102423 | GUANTE DE NITRILO DESECHABLE NO ESTERIL PARA EXAMEN TALLA L | | 1 | | UNIDAD | 1 | 12,232.10 | 10,279.00 | 12,232.10 |
| 102424 | GUANTE DE NITRILO DESECHABLE NO ESTERIL PARA EXAMEN TALLA M | | 800 | | UNIDAD | 1 | 11,917.85 | 8,012,000.00 | 9,534,280.00 |
| 102425 | GUANTE DE NITRILO DESECHABLE NO ESTERIL PARA EXAMEN TALLA S | | 800 | | UNIDAD | 1 | 11,917.85 | 8,012,000.00 | 9,534,280.00 |

| Tipo | Grupo | Subgrupo |
|---|---|---|
| 11 - CONSUMO SIN CONTROL | 3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA | 7 - INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS |

| Item | Descripción | Detalle Adicional | Cantidad | Marca | Unidad | Procedencia | Valor Unitario | Valor Total sin IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24143 | GUANTES QUIRURGICOS ESTERILES 7.0 | | 2500 | | PARES | 1 | 979.00 | 2,056,725.00 | 2,447,502.75 |
| 24144 | GUANTES QUIRURGICOS ESTERILES 7.5 | | 2500 | | PARES | 1 | 979.00 | 2,056,725.00 | 2,447,502.75 |
| 24145 | GUANTES QUIRURGICOS ESTERILES 8.0 | | 2500 | | PARES | 1 | 979.00 | 2,056,725.00 | 2,447,502.75 |

| | Valor Adquisición | Valor IVA | Valor Descuento | Costo Desmante. | Costo Financiación | Valor Total sin Iva | Valor Total | Costo Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTALES TIPO | | | | | | 27,702,689.00 | 32,966,200.00 | 0.00 |
| TOTALES | Valor Adquisición | Valor IVA | Valor Descuento | Costo Desmante. | Costo Financiación | Valor Total sin Iva | Valor Total | Costo Total |
| | | | | | | 27,702,689.00 | 32,966,200.00 | 0.00 |

**Observaciones**

CTO. 81-8-20325-25- - PHARMA CID SAS .

**CODIFICACIÓN CONTABLE**

TpCo Gr 920 TpCo Esp 700 ENTRADAS DE ALMACEN Nro. 1721 Periodo 202512 Fecha 26/12/2025

| Mayor | Descripción | Area | Ceco | Nit | Descripción | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 151404001 | Materiales médico - quirúrgicos | | | 11003005 | OTROS INSUMOS PARA SANIDAD | 25,623,691.75 | |
| 151404001 | Materiales médico - quirúrgicos | | | 11003007 | INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS | 7,342,508.25 | |
| 249090001 | Otras cuentas por pagar | | | 800108193 | PHARMA CID LTDA | | 32,966,200.00 |
| | | | | | Totales | 32,966,200.00 | 32,966,200.00 |

# DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
## 39 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
## Nit: 900336524
## Movimientos de Almacén

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tpdo | ENC - ENTRADA ELEMENTOS CONSUMO SIN CONTROL | | | Area Resp | 70429398 - ADMINISTRACIÓN ALMACEN RASES 1 | | |
| Número | 150 | Fecha | 26/12/2025 | Solicitante | 900336524 - SECCIONAL SANIDAD BOGOTA | | |
| Almacén | 1 - ALMACEN SECSA MEBOG | | | TpMy Contab | 43 - ENTRADAS | Estado | INGRESO A ALMACEN |
| Proyecto | - | | | | | | |

Responsable

FIRMA

NOMBRE SECCIONAL SANIDAD BOGOTA

C.C. 900336524

Elaborado por

FIRMA

NOMBRE RODOLFO GUZMAN BERMUDEZ

24/12/2025 11:09:01

# PHARMA CID SAS

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764075101698 que habilita desde PHA 1 hasta PHA 5000. Vence 2026-07-15

No Somos Autorretenedores - No Somos Grandes Contribuyentes

ICA Act Económica Cod 4645 Tarifa 4,14 x 1000 DIAN 4645

Responsable de IVA

**NIT: 800.108.193-0**

CARRERA 78 No. 64C-31
TEL - PBX: 224 5973
EMAIL: pharmacid.phacid@gmail.com
Bogotá D.C - Colombia

## Factura Electrónica de Venta

PHA 3335

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VENDIDO A: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1 | | | PEDIDO: | | FECHA FACTURA | FECHA VENCIMIENTO |
| NIT/CC/C.E.: | 900336524 5 | | | FORMA DE PAGO: Credito | | 24/12/2025 | 24/12/2025 |
| DIRECCIÓN: | CR 68 B BIS 44 58 SALITRE GRECO | | | | | | |
| TELÉFONO: | 5804400 | CIUDAD: | Bogota D.C. | EMAIL: | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co | | |

| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNID. | CANT. | LOTE | F.V LOTE | VLR UNITARIO | % IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **GUANTE ESTERIL SIN TALCO 7.0 (AVALON)**<br>ATC:N/A INV:INV:2016DM-001478 CUM:N/A | Und. | 2.500 | PC0921.. | 30/08/2026 | 822,69 | 19% | 2.056.722,69 |
| 2 | **GUANTE ESTERIL SIN TALCO 7.5 (AVALON)**<br>INV:N/A INV:INV:2016DM-001478 CUM:N/A | Und. | 2.500 | PC0921... | 30/08/2026 | 822,69 | 19% | 2.056.722,69 |
| 3 | **GUANTE ESTERIL No 8.0 SIN TALCO (PAR)VITAL MEDIC**<br>ATC:N/A INV:2023DM-0027302 CUM:N/A | Und. | 2.500 | HW50810 | 31/07/2030 | 822,69 | 19% | 2.056.722,69 |
| 4 | **GUANTE DE NITRILO TALLA S(CUATRO GASA)**<br>ATC:N/A INV:2018DM-0017682 CUM:N/A | Und. | 80.000 | 00418-1023-01. | 19/10/2028 | 100,15 | 19% | 8.012.100,80 |
| 5 | **GUANTE DE NITRILO TALLA M(CUATRO GASA)**<br>ATC:N/A INV:2018DM-0017682 CUM:N/A | Und. | 80.000 | 00418-0623-02 | 14/06/2028 | 100,15 | 19% | 8.012.100,80 |
| 6 | **GUANTE DE NITRILO TALLA L (VITAL MEDIC)**<br>ATC:N/A INV:2021DM-0024125 CUM:N/A | Und. | 55.000 | ZH2504GC10 | 30/04/2030 | 100,15 | 19% | 5.508.319,30 |

Observaciones: #$16-01-02-039;81-8-20325-25;jorge.currea@correo.policia.gov.co#$

**FAVOR DE CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE No. 079036414 DE BANCO DE BOGOTA A NOMBRE DE PHARMACID SAS**

POR FAVOR ENVIAR COPIA DE SU TRANSFERENCIA O CONSIGNACIÓN AL CORREO ELECTRÓNICO

Total líneas o ítems: 6

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 27.702.689,00 |
| DESCUENTO | 0,00 |
| IVA | 5.263.511,00 |
| TOTAL OPERACIÓN | 32.966.200,00 |
| RETE IVA | 0,00 |
| RETE FTE | 692.567,00 |
| RETE ICA | 114.689,00 |
| TOTAL | 32.158.944,00 |

***SON*** *TREINTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/*

***Dirección Despacho:*** ***Ciudad a Despachar:***

Esta factura se asemeja a una letra de cambio según artículo 621, 773 y 774 del Código de Comercio. Su no pago genera intereses según el Art. 884 del C.C.

*Girar cheque cruzado a nuestro nombre, con instrucción de pagar al primer beneficiario*

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 179b876b43435c2b25aaf61741180b91afc6ac5e55bb30c1a030082c5d00651eccf2c2e68c30f960ba5a8b7f980f11f1 --Fecha y Hora de Expedición : 24/12/2025 11:09:57 a.m.