HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	dic-25

No. de Contrato:	192-2025	VALOR	$ 60.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	MC-143-2025		
Objeto	SUMINISTRO DE ÁCIDO HIALURÓNICO PARA INYECCIÓN ARTICULAR, PARA VISCOSUPLEMENTACIÓN, PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE REQUIEREN EL INSUMO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	PHARMAPLUS S.A.S	NIT/ CC	830.110.109-7
Clase de Contrato	OTRO	Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	0000001032592186	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100402939	Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	2/09/2025

VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA 2025	178525	26/05/2025	3086	1/09/2025	307625	1/09/2025	FE103093	16/12/2025			$ 18.936.812,00
VIGENCIA 2026											
VIGENCIA 2027											
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 18.936.812,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2025	$ 60.000.000,00	$ -	$ -	$ 59.918.473,00	$ 81.527,00
VIGENCIA 2026		$ -	$ -		$ -
VIGENCIA 2027		$ -	$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 60.000.000,00	$ -	$ -	$ 59.918.473,00	$ 81.527,00

Nombre del Supervisor : DOCTOR JAIRO ALEJANDRO MAYORGA		Fecha de notificación: 21/02/2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	10/02/2025	31/12/2025	
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 02/2025 y riesgos profesionales 02/2025 Planilla N° 9487690088 – correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia s almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
APORTES EN LINEA	943007838	11/03/2025	SANITAS	$ 700.000,00	PORVENIR	$ 896.000,00	COLMENA	$ 136.500,00

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JAIRO ALEJANDRO MAYORGA	FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	80.738.036	
CELULAR : 3152894837	CORREO: Jmayorga@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

OBLIGACION

Consecutivo : 28265

Fecha : 19/12/2025

Tercero: 830110109 PHARMAPLUS S.A.S

Documento: FE103093

Estado : Confirmado

Detalle : CONTRATO No 192-2025

RUBROS

Disponibilidad	Compromiso /Reserva	Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor	Debito	Credito	Total Final
1785	3086	05 01 01 004 008	APARATOS MEDICOS, INSTRUMENTOS OPTICOS Y DE PRECISION, RELOJES	20 - PROPIOS INGRESOS CORRIENTES	A - GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	$ 18.936.812,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 18.936.812,00
					Total Obligacion :	**$ 18.936.812,00**			**$ 18.936.812,00**

Compromiso SIIF	
Saldo SIIF	
Obligacion SIIF	

PRESUPUESTO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Dirección: TRANSVERSAL 3A No. 49-00
Telefono: 3486868
BOGOTA D.C.
Usuario: 79721059

Fecha Actual : viernes, 19 diciembre 2025
Comprobante de Entrada ZF000000022826
N° Contrato
N° Orden de Compra

PROVEEDOR:	PHARMAPLUS S.A.S	**NIT:** 830110109	**FECHA:**	19/12/2025 09:40 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CL 86 27 54 BRR EL POLO		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	5934010		**TASA CAM:**		0,00
N° FACTURA:	FE103093 **% ICA:** 4,14	**PLAZO:** 60	**FECHA FAC:**	16/12/2025 12:00 a. m.	
ALMACEN:	FARMACIA TECNOLOGÍAS EN SALUD		**FAX:**		

Codigo	Nombre del Producto	Concent.	Unidad	Cant.	Vl. Unitario	%Dto	Total	%IVA
Registro Sanitario	**Lote**	**Fecha Vencimiento**						
8144877002	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR JERINGA PRELLENADA (20MG/ML) 5ML	NO APLICA	UNIDAD	35	$ 493.000,00	0	17255000	0,00
INVIMA 2023DM-0026860	X1AG	1/05/2028 11:59:59 p. m.						
8144877001	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR JERINGA PRELLENADA (10MG/ML) 2.5ML	NO APLICA	UNIDAD	12	$ 140.151,00	0	1681812	0,00
INVIMA 2023DM-0026860	X4	1/03/2029 11:59:59 p. m.						

TOTAL COMPROBANTE: DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DETALLE

CONTRATO No 192-2025

Comp-307625
CXP-2302825

SUBTOTAL:	$ 18.936.812,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 78.398,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 18.858.414,00

JEFE ALMACEN

SUPERVISOR

RESPONSABLE DE AGRUPACIÓN

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

PHARMAPLUS S.A.S
NIT 830.110.109-7
Tarifa ICA 4.14 Solo Bogotá, Somos Autorretenedores de Renta Resol 005406 * Dirección: CL 86 27 54
Tel: (601) 5934005
Bogotá - Colombia
Contabilidad@pharmaplus.com.co
www.pharmaplus.com

PharmaPlus

Factura Electrónica de Venta
No. FE 103093

Señores	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
NIT	830.040.256-0	**Teléfono**	(57) 3016627850 - Ext. 0
Dirección	TV 3 C # 49 -02	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/12/2025, 13:16
Expedición	16/12/2025, 13:16
Vencimiento	14/02/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Valor desc.	Vr. Total
1	DROPYAL ONE 98 MG X 1 JER SI CAJA X 1 JERINGA Invima: INVIMA 2023DM-0027583 [CUM: 20241795] (Lote X1AG - FV 01/05/2028) - Cod 7730766002071 8144877002	35.00	493,000.00	17,255,000.00	0 %	0.00	0.00	17,255,000.00
2	DROPYAL 25 MG X 1 JER SI PRELLENADA Invima: 2023DM-0026860 [CUM: 20230952] (Lote XA - FV 01/03/2029) - Cod 7730766001807 8144877002 X4	12.00	140,151.00	1,681,812.00	0 %	0.00	0.00	1,681,812.00

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
29 DEC 2025

Total items: 2

Total Bruto	18,936,812.00
Total a Pagar	18,936,812.00

Valor en Letras:
Dieciocho millones novecientos treinta y seis mil ochocientos doce pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-02-14 por $ 18,936,812.00

Norma
Norma Solórzano
C.C 52 351.006
SERVICIO FARMACÉUTICO
16/12/2025

Observaciones:
[TV 3 C # 49 -02-BOGOTA-CUNDINAMARCA] Somos autorretenedores de Renta Resolución No. 005406 del 25 de julio de 2019.A partir de la fecha de vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Financiera. Recuerde que el incumplimiento de la obligación generara reportes negativos ante las centrales de riesgo Ley 1266 de 2008, Para mayor información sobre políticas de tratamiento de datos ir a nuestra página www.pharmaplus.com.co Venta y precio acordado en la ciudad de Bogotá, para efecto de determinar la territorialidad de los tributos articulo 343 ley 1819 de 2016 PUEDES REALIZAR EL PAGO DE LA FACTURA A LOS SIGUIENTES NUMEROS DE CUENTA : CUENTA CORRIENTE DAVIVIENDA 1032592186 / CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 03300002378 PHARMAPLUS SAS

Orden de compra: - 10-12-2025

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101278046 aprobado en 20251106 prefijo FE desde el número 100001 al 200000 Vigencia: 12 Meses**

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Responsable de IVA - Actividad Económica 4645 Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador Tarifa 4.14/1000
CUFE: 3d4a504ff21dc67f055d43e716529e2cb7865db1463926465c5c3b1e94f7d1cc60d0f31995cea1b7dddb522e9622197f

PHARMAPLUS S.A.S
NIT 830.110.109-7
Tarifa ICA 4.14 Solo Bogotá, Somos Autorretenedores de Renta Resol 005406 * Dirección: CL 86 27 54
Tel: (601) 5934005
Bogotá - Colombia
Contabilidad@pharmaplus.com.co
www.pharmaplus.com

Factura Electrónica de Venta
No. FE 103093

Señores	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
NIT	830.040.256-0	**Teléfono**	(57) 3016627850 - Ext. 0
Dirección	TV 3 C # 49 -02	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/12/2025, 13:16
Expedición	16/12/2025, 13:16
Vencimiento	14/02/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Valor desc.	Vr. Total
1	DROPYAL ONE 98 MG X 1 JER SI CAJA X 1 JERINGA Invima: INVIMA 2023DM-0027583 [CUM: 20241795] (Lote X1AG - FV 01/05/2028) - Cod 7730766002071	35.00	493,000.00	17,255,000.00	0 %	0.00	0.00	17,255,000.00
2	DROPYAL 25 MG X 1 JER SI PRELLENADA Invima: 2023DM-0026860 [CUM: 20230952] (Lote XA - FV 01/03/2029) - Cod 7730766001807	12.00	140,151.00	1,681,812.00	0 %	0.00	0.00	1,681,812.00

Total items: 2

Total Bruto	18,936,812.00
Total a Pagar	18,936,812.00

Valor en Letras:
Dieciocho millones novecientos treinta y seis mil ochocientos doce pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-02-14 por $ 18,936,812.00

Observaciones:
[TV 3 C # 49 -02-BOGOTA-CUNDINAMARCA] Somos autorretenedores de Renta Resolución No. 005406 del 25 de julio de 2019.A partir de la fecha de vencimiento causará intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Financiera. Recuerde que el incumplimiento de la obligación generara reportes negativos ante las centrales de riesgo Ley 1266 de 2008, Para mayor información sobre politicas de tratamiento de datos ir a nuestra página www.pharmaplus.com.co Venta y precio acordado en la ciudad de Bogotá, para efecto de determinar la territorialidad de los tributos articulo 343 ley 1819 de 2016 PUEDES REALIZAR EL PAGO DE LA FACTURA A LOS SIGUIENTES NUMEROS DE CUENTA : CUENTA CORRIENTE DAVIVIENDA 1032592186 / CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 03300002378 PHARMAPLUS SAS

Norma Solórzano
C.C 52.351.000
SERVICIO FARMACÉUTICO
16/12/2025

Orden de compra: - 10-12-2025

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (articulo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101278046 aprobado en 20251106 prefijo FE desde el número 100001 al 200000 Vigencia: 12 Meses**

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.043.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ORDEN DE PEDIDO A PROVEEDOR	CODIGO: GA-GECO-PR-01-FT-01
GSED	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 15-03-2021
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: GESTION ADQUISICIONES	PÁGINA 1 de 2
	SISTEMA DE GESTION INTERGRADO SGI	

FECHA DE SOLICITUD	AREA SOLICITANTE	PROVEEDOR	NUMERO DE CONTRATO
2/12/2025	FARMACIA TEGNOLOGIAS EN SALUD	PHARMAPLUS	192-2025

CODIGO HOMIC	NOMBRE DEL ELEMENTO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
8144877001	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR JERINGA PRELLENADA (10MG/ML) 2.5ML dosis secuencial (multidosis)		12	$ 140.151	$ 1.681.812,00
8144877002	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR JERINGA PRELLENADA (20MG/ML) 4.9M mono dosis (dosis única)		35	$ 493.000	$ 17.255.000,00

VALOR EN LETRAS:			$ 18.936.812
FECHA INICIO		IVA SOBRE UTILIDAD	
FECHA DE ENTREGA			
Observaciones:		TOTAL	$ 18.936.812
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 60.000.000
		VIENE	$ 19.018.339
		ADICION	
		ORDEN AUT.	
		SALDO	

TOTAL	$ 81.527
IVA	N/A
RET FUENTE	N/A
GRAN TOTAL	81.527,00

FIRMA DEL SUPERVISOR	FIRMA DEL JEFE DE ALMACEN	RECIBI
CC	CC	CC

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, REACTIVOS Y OTROS INSUMOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE LA SALUD	CÓDIGO:	AA-UNFA-PR-15-FT-01
	UNIDAD: FARMACIA	FECHA DE EMISIÓN:	7/11/2024
	PROCEDIMIENTO: RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOQUIRÚRGICOS E INSUMOS	VERSIÓN: 10	
	PROCESO: GESTIÓN APOYO ASISTENCIAL Y FARMACÉUTICO	Página 1 de 1	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

PROVEEDOR PHARMAPLUS **FECHA** 16/12/2025 **HORA** 11:AM

CONTRATO ESTATAL No 192-2025 **FACTURA N°** FE103093

CÓDIGO DG HOSPITAL MILITAR	PRINCIPIO ACTIVO/DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO	UNIDAD DE MEDIDA/CONCENTRACIÓN /FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN COMERCIAL	MARCA (DEL DISPOSITIVO)	LOTE/SERIE CUANDO APLIQUE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	VIDA UTIL (Cuando aplique)	CANTIDAD	LEYENDA DE RESTRICCION (SI/NO)	MATERIAL DE EMBALAJE	MATERIAL DE ENVASE Y EMPAQUE	DEFECTOS			T° DE RECEPCION		NIVEL RIESGO (Disp. Med y Reactivos)	TAMAÑO MUESTRA	CERTIFICADO DE CALIDAD (SI /NO)	APROBADO (SI/NO)
													C	M	m	A	R				
8144877002	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR 4.9 ML (20mg/ml) MONODOSIS	ML	JERINGA PRELLENADA	DROPYAL ONE 98 mg/4.9 ml Eq. 20 mg/ ml	X1AG	2023DM-0027583	1/05/2028	868 DÍAS	35	SI	PLEGADIZA	VIDRIO				X		III	25	NO	SI
8144877001	HIALURONATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE INTRAARTICULAR 2.5 ML (25 mg/ ml) DOSIS SECUENCIAL MULTIDOSIS	ML	JERINGA PRELLENADA	DROPYAL 25 mg/2,5 mL Eq.10 mg/mL	X4	2023DM-0026860	1/03/2029	1172 DÍAS	12	SI	PLEGADIZA	VIDRIO				X		III	3	NO	SI

OBSERVACIONES:

NOTA: Todos los medicamentos deben ser entregados con sus respectivos certificados de Control de Calidad por lote entregado.
En la casilla de Presentación comercial : ingrese el número de unidades/contenido por empaque/ envase con el cual se comercializa el producto, el cual está autorizado en el reg sanitario.

Se debe verificar la marcación en el empaque y/o envase de medicamentos (Uso oficial prohibida su venta)
Verifique el estado y material de los empaques y envases, estos deben estar en buenas condiciones y permitir la fácil identificación de los productos,En la casilla defectos la letra C corresponde a defectos críticos, C:Critico, M: Mayor y m: menor
El número de unidades a verificar debe ser significativo con relacion al total de unidades recibidas.
Material del embalaje : se describe el tipo material usado en el acondicionamiento para proteger los productos, transportar y almacenar los productos: caja corrugada, nevera,papel burbuja, etc.
Material de Envase y empaque: se describe el tipo material usado como envase primario y el empaque secundario, ejemplo : Frasco plástico,frasco vidrio, blister, vial , ampolla, jeringa prellenada,caja plegadiza, etc.
En la casilla Temperatura de Recepción corresponde : Ambiente y Refrigerado.
En la casilla Certificación de: corresponde con el certificado de análisis de calidad.
La columna Nivel del riesgo solo debe diligenciarse para dispositivos medicos y reactivos de uso in vitro
Dependencia: Especifique el área a la que pertenece la persona que firma. Si se trata de un proveedor, indique el laboratorio al que pertenece.

Tamaño del Lote	Tamaño de la muestra
Nivel de Inspección MIL-STD-105E	II
2 - 8	2
9 - 15	3
16 - 25	5
26 - 60	8
61 - 90	13
91 - 150	20
151 - 280	32
281 - 500	50
501 - 1200	80
1201 - 3200	125
3201 - 10000	200
10001 - 35000	500
35001 - 150000	800

Norma Solórzano
C.C 52 351.000
SERVICIO FARMACEUTICO

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA RECEPCIÓN TÉCNICA / DEPENDENCIA Norma Constanza Solórzano Buitrago - Técnico de Farmacia - Farmacia Tecnologías en Salud

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA / DEPENDENCIA