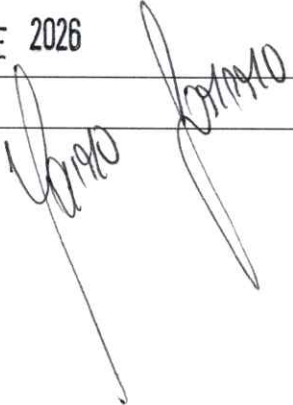


		SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	
FORMATO CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA			
Código: HSR-ACO-GCR-P02-F04		Versión: 02	
Página: 1 de 1			
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E			
CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA.			
INFORMACION DEL CONTRATISTA:			
Nombre o Razón Social		INGEODER PHARMA SAS ✓	
NIT:		900.920.627-1	
REPRESENTANTE LEGAL		MANUEL ENRIQUE TRIANA HERRERA ✓	
INFORMACION DEL CONTRATO:			
Número		507-CCV ✓	
Fecha de Suscripción		26 DE NOVIEMBRE DE 2025 ✓	
Fecha de iniciación de Actividades		26 DE NOVIEMBRE DE 2025 ✓	
Nombre del supervisor:		ARELIS MARTINEZ ESPINEL	
Nombre del supervisor:		ALEJANDRO DONCE L BARRIOS	
CONCEPTO DEL SUPERVISOR:			
EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES NORMALES DEL OBJETO DEL CONTRATO No 507-CCV CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE CAMAS, CAMILLAS Y CUNAS PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E.			
POR LO CUAL SE AUTORIZA EL PAGO QUE CORRESPONDE A:			
Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
Valor del pago		\$ 255.484.576 ✓	Saldo del contrato \$ 2.148.510.728
OBSERVACIONES: FACT MFE6216 ✓			
Ciudad y Fecha: DICIEMBRE 31-DE 2025			
Firma:		14 ENE 2026	
Supervisor: 			
Destinatarios: Hoja de Vida Contratista; Interventor			

ORDEN DE PAGO No. 94214**HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE**

Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
30	dic	2025

SEÑOR(a) TESORERO(a): SIRVASE PAGAR A FAVOR DE:

Nombre y Apellidos: INGEODER PHARMA SAS

C.C ó Nit: 900920627

Factura: MFE6216

Contrato: MFE6216

La suma de : Doscientos Cuarenta y Dos millones Cuatrocientos Noventa y Cinco mil Seiscientos Cincuenta y Cinco Pesos M/Cte.

Por concepto de : INGEODER PHARMA SAS No. Fctra MFE6216

Concepto	Valor Afectado	(-) Descuento	Neto a Pagar
Valor Cuenta de Cobro	255,484,576		
Retefuente PJ Compras 2.5%		5,367,323	
Retención de Iva		6,118,748	
Rete Ica de Bienes 0.70%		1,502,850	
Total Anticipos		0	
TOTALES ----->			242,495,655

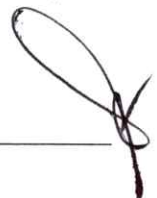
No. Registro	Vigencia	Codigo	Vigencia	Fondo	Valor
962	2025	23201010030601	2025	001	255,484,576

RECIBI EL VALOR DE LA PRESENTE FACTURA O CUENTA DE COBRO A CONFORMIDAD

Recibí :

CXP - Autorizado

C.C / Nit



Elaborado por:

Impreso por: ROSA ANGELICA GUZMAN SANCHEZ

08/ene/2026

10:12 am

Pag 1 de 1



INGEODER PHARMA S.A.S.

900920627-1

CR 12 3 A 57 - NEIVA

8720065

Responsables de IVA - Segun resolución DIAN:

AUTORIZACIÓN 18764090553367 Desde 2025-03-15

Hasta 2027-03-15 MFE Habilita Del No. 4001 al 8000

Prefijo: MFE

Página 1 de 1

FACTURA
ELECTRONICA DE
VENTA No

MFE6216

F. Exp: 2025-12-30

Distribución: INGEODER PHARMA SAS

Razon Social:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL TOLIMA	NIT: 890701033-0
Sigla:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL TOLIMA	OC:
Dirección:	CL 4 6 29	Ciudad: ESPINAL
Teléfono:		Forma Pago: Credito
Condición:	30	Favor cancelar antes de: 2026-01-29
CUFE:	f031f61a26adc4359d3ff1fe0bb00c00ced1e6364f524058b7b52a152592518f7be59c10fd42adb6e54c53934f5d8e95	



Cod.	PRODUCTO	Laboratorio	Lote	Vencimiento	Cant.	% IVA	PR. Bruto	% DCTO	Total
EM002 61	CAMA HOSPITALARIA REF. PS4 - UNIDAD Invima:2021DM-0023964 CUM:20207029	LOS PINOS	N/A	12-30-2999	20,00	19	10.010.145,40	0,00	200.202.908,00
EM002 68	MESA PARA ATENCION DEL PARTO REF. 972OB - UNIDAD Invima:2023DM-0027454 CUM:20260183	LOS PINOS	N/A	12-30-2999	1,00	19	14.490.013,00	0,00	14.490.013,00
					21,00				

Observaciones: con cargo al contrato 507-2025

RECIBI CONFORME

Subtotal	\$ 214.692.921,00
Descuento	\$ 0,00
SubTotal - Dcto	\$ 214.692.921,00
IVA	\$ 40.791.654,99
RetelVA	\$ 0,00
Rte Fte	\$ 0,00
RetelCA	\$ 0,00
Anticipo/Copago	\$ 0,00
TOTAL NETO:	\$ 255.484.575,99

Fecha Aceptación Dian: 30/12/2025 10:16

ORIGINAL Software RIBISOFT 900.947.532-6 - ERP SOMIC MANTIS WEB
www.ribi.com.co

ACTA DE ENTREGA

Doctora
Paula Alejandra Gongora Saavedra
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL
Ciudad

Ref: Notificación de entrega de equipos al contrato 507 de 2025

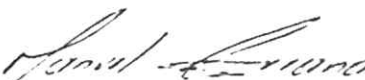
Cordial saludo,

Por medio de la presente, nos permitimos hacer entrega de acuerdo con el Contrato No. 507 de 2025 según objeto del contrato "CONTRATAR LA ADQUISICION DE CAMAS, CAMILLAS Y CUNAS DE HOSPITALIZACION PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E"

EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	CANTIDAD
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526972	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526975	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526976	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526977	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526978	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526979	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526980	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526981	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526982	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526983	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526985	1

CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526986	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526987	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	527007	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	527009	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	527010	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	527011	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526973	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	526974	1
CAMAS HOSPITALARIAS	LOS PINOS	PS4	527008	1
CAMA DE PARTOS	LOS PINOS	OB972	526673	1

Firmada el treinta (30) de Diciembre del año 2025


MANUEL ENRIQUE TRIANA HERRERA
 GERENTE


SERGIO ANDRES ROJAS CLAROS
 INGENIERO BIOMEDICO INGEODER


MARIA ANGELICA SILVA C.
 APOYO LOGÍSTICO Y DISTRIBUCIÓN
 INGEODER


ALEJANDRO DONCEL BARRIOS
 P.U RECURSOS FISICOS

ARELIS MARTINEZ ESPINEL
 TECNICO ADMINISTRATIVO RECURSOS
 FISICOS


JAIRO FORERO DELGADILLO
 INGENIERO BIOMEDICO

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900920627	1	INGEODER PHARMA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 12 No.3A-57	NEIVA-HUILA	8630158	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-12	1984365886	9496071843	E	2025/12/05	2025/12/05	BANCOLOMBIA	\$10,724,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				20	\$6,633,600	\$0	\$0	\$6,633,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	\$1,615,800	\$0	\$0	\$1,615,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	\$1,607,600	\$0	\$0	\$1,607,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	\$1,611,400	\$0	\$0	\$1,611,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	\$1,798,800	\$0	\$0	\$1,798,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				20	\$773,100	\$0	\$0	\$773,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	20	\$773,100	\$0	\$0	\$773,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$65,000	\$0	\$0	\$65,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	\$673,000	\$0	\$0	\$673,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$57,000	\$0	\$0	\$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	\$864,000	\$0	\$0	\$864,000
TOTAL				20	\$10,724,700	\$0	\$0	\$10,724,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900920627	1	INGEODER PHARMA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 12 No.3A-57	NEIVA-HUILA	8630158	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-12	1984365886	9496071843	E	2025/12/05	2025/12/05	BANCOLOMBIA	\$10,724,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				20	\$6,633,600	\$0	\$0	\$6,633,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	\$1,615,800	\$0	\$0	\$1,615,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	\$1,607,600	\$0	\$0	\$1,607,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	\$1,611,400	\$0	\$0	\$1,611,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	\$1,798,800	\$0	\$0	\$1,798,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				20	\$773,100	\$0	\$0	\$773,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	20	\$773,100	\$0	\$0	\$773,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				20	\$1,659,000	\$0	\$0	\$1,659,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$65,000	\$0	\$0	\$65,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	\$673,000	\$0	\$0	\$673,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$57,000	\$0	\$0	\$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	\$864,000	\$0	\$0	\$864,000
TOTAL				20	\$10,724,700	\$0	\$0	\$10,724,700

		SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										
		FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR										
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13		VERSIÓN: 01						PÁGINA: 1 de 3				
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E												
1. Datos generales.												
Número del contrato:	507-CCV						Fecha de suscripción:	26/11/2025				
Tipo de contrato:	SUMINISTROS						Fecha de inicio:	26/11/2025				
Nombre o razon social contratista:	INGEODER PHARMA SAS						Número de cédula o NIT:	901.161.442-0				
Periodo del Informe:	1	12	2025	al	30	12	2025	Plazo de ejecucion:	1 MES Y 6 DIAS			
Interventor:	N/A						Número de cédula o NIT:					
Supervisor:	ARELIS MARTINEZ ESPINEL						Numero de cedula:	63.516.545				
Supervisor:	ALEJANDRO DONCEL BARRIOS						Numero de cedula:	79372962				
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A						Objeto:	CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA DOTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E.				
Cargo funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A											
2. Información presupuestal.												
Valor del contrato:	\$ 2,933,160,000	Informacion presupuestal	Valor CDP	\$ 2,933,160,000	Número CDP	840	Fecha CDP	14/10/2025				
			Valor RP	\$ 2,933,160,000	Número RP	962	Fecha RP	26/11/2025				
2.1 Adiciones y Prórrogas (si aplica).												
Valor adicon contrato:	\$ 0	Informacion presupuestal	Valor CDP	\$ 0	Número CDP	-	Fecha CDP	-				
			Valor RP	\$ 0	Número RP	-	Fecha RP	-				
Prorroga 1:	N/A	Prorroga 2:	N/A			Observaciones:						
2.2 Valor y plazo total.												
Cantidad de adiciones (Sume la cantidad de adiciones realizadas)	0	Valor total de contrato (Valor inicial + Valor total de las adiciones)	\$ 2,933,160,000			Plazo Total de Ejecución (Plazo inicial + prorrogas)	1 MES Y 6 DIAS					
2.3 Anticipo (si aplica).												
Valor Anticipo	0	Porcentaje de Amortización	0			Fecha Pago del Anticipo	dd	mm	aaa			
3. Estampillas												
Nombre de Estampilla Pro	Numero Estampilla					Valor		Fecha				
Desarrollo Departamental												
Para el Bienestar del Adulto												
Tolima 150 años contribucion												

 HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					
FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR						
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01			PÁGINA: 2 de 3		
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.						
4. Cumplimiento de Obligaciones.						
Concepto general	SI	NO	Observaciones			
Cumplimiento de obligaciones generales del contrato	/					
Cumplimiento de obligaciones específicas del contrato	/					
5. Garantías (Si aplica).						
Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Día/ mes/ año)	hasta (Día/ mes/ año)	Fecha aprobación (Día/ mes/ año)	Valor del amparo
CUMPLIMIENTO	CHU	100063347	26/11/2025	29/06/2026	26/11/2025	586,632,000
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO			26/11/2025	29/06/2026	26/11/2025	586,632,000
5.1 Ampliaciones garantías (Si aplica).						
Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Día/ mes/ año)	hasta (Día/ mes/ año)	Fecha aprobación (Día/ mes/ año)	Valor del amparo
CUMPLIMIENTO	CHU	100063347	26/11/2025	07/07/2026	26/12/2025	586,632,000
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO			26/11/2025	07/07/2026	26/12/2025	586,632,000
6. Balance financiero del contrato.						
Valor ejecutado en el periodo:	\$ 255,484,576	Valor Total Ejecutado	\$ 784,649,272	Saldo por ejecutar	\$ 2,148,510,728	
7. Verificación Pago al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.						
La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas, pagos, certificaciones) allegados por el contratista en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(...) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal(...)". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista, dependerá de la forma de pago pactada.						
Numero de Planilla de Aportes	dic-25					
Certificación pago de Aportes						
Fecha emisión de Informe	30	12	25			
Nombre Supervisor y/o Interventor:	N/A					
Cargo Supervisor:	Nombre apoyo a la supervisión:					
ELABORADO POR:	REVISADO POR:		OFICINA		APROBADO POR:	
CRISTHIAN CAMILO RAMIREZ GUTIERREZ	JURIDICA				GERENCIA	
FECHA: 19/12/2022	FECHA: 19/12/2022				FECHA: 19/12/2022	

Nota: Si este documento se encuentra impreso se considera Copia no Controlada. La versión vigente está publicada en el sitio web del Hospital San Rafael de El Espinal E.S.E.