



CERTIFICACIÓN DE FACTURAS										GF-GGA-CXP-FT-01 V4	
1. INFORMACION DEL CONTRATO											
NÚMERO CONTRATO:		8825-2025		LUGAR DE EJECUCION CONTRATO:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE		CONVENIO/SUBRED SUR/OTRO		CONTRATO SUBRED SUR	
OBJETO DEL CONTRATO:		SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA CUBRIR CIRUGIA ABIERTA Y LAPAROSCOPIA, HOSPITALIZACION, UCI URGENCIAS, CON APOYO TECNOLOGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E									
NOMBRE DE CONTRATISTA:		POLIFARMA S.A.		NIT / C.C.:		800151064-0		TELEFONO DE CONTACTO		3112668 - 6068375	
No. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		1798		RESERVA PRESUPUESTAL		37735		RUBRO		4245010401	
VALOR DEL CONTRATO:		\$		265.130.714		1 Mes		FECHA DE INICIO CONTRATO:		2026-12-23	
ADICION NRO 1: VALOR		\$		932.006.891		No. RESERVA PRESUPUESTAL		FECHA DE RESERVA		2026-01-16	
NOMBRE SUPERVISOR:		ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN		CARGO Y AREA SUPERVISOR		SUPERVISOR ADMINISTRATIVO		TELEFONO DE CONTACTO		3043426182	
NOMBRE APOYO TECNICO:		ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		CARGO Y AREA APOYO TECNICO		APOYO TECNICO A LA SUPERVISION		TELEFONO DE CONTACTO		3006593051	
2. INFORME DE SUPERVISION											
2.1 RELACION DE FACTURAS O CUENTAS DE COBRO CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CERTIFICAR											
PERIODO A CERTIFICAR (Desde - Hasta)		2026-02-01 - 2026-02-28 <th colspan="2">NÚMERO FACTURA / CUENTA</th> <td colspan="2">18738<th colspan="2">FECHA EMISION FACTURA/ CUENTA</th><td colspan="2">2026-02-11</td></td>		NÚMERO FACTURA / CUENTA		18738 <th colspan="2">FECHA EMISION FACTURA/ CUENTA</th> <td colspan="2">2026-02-11</td>		FECHA EMISION FACTURA/ CUENTA		2026-02-11	
				VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO		SALDO DEL CONTRATO		No. DE ORDEN DE PAGO		FECHA DE ORDEN DE PAGO	
FECHA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO		No ENTRADA ALMACEN		VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO		SALDO DEL CONTRATO		No. DE ORDEN DE PAGO		FECHA DE ORDEN DE PAGO	
2026-01-29		18661		\$		36.324.967 \$		780.688.399			
2026-01-26		18634		\$		5.637.575 \$		775.050.824			
2026-02-02		18680		\$		5.570.460 \$		767.281.484			
2026-02-11		18739		\$		7.769.340 \$		761.711.024			
2026-02-11		18740		\$		20.236.500 \$		741.474.524			
2026-02-11		18738		\$		3.827.040 \$		737.647.484			
NOMBRE APOYO TECNICO:		ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL		C.C. <td colspan="2">52853523</td> <td colspan="2">FIRMA</td> <td colspan="2">VALOR A PAGAR: \$ 3.827.040</td>		52853523		FIRMA		VALOR A PAGAR: \$ 3.827.040	
NOMBRE APOYO TECNICO:		N/A		C.C. <td colspan="2">N/A</td> <td colspan="2">FIRMA</td> <td colspan="2">VALOR EJECUTADO: \$ 459.490.121</td>		N/A		FIRMA		VALOR EJECUTADO: \$ 459.490.121	
NOMBRE SUPERVISOR:		ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN		C.C. <td colspan="2">1024547866</td> <td colspan="2">FIRMA</td> <td colspan="2">SALDO POR EJECUTAR \$ 737.547.484</td>		1024547866		FIRMA		SALDO POR EJECUTAR \$ 737.547.484	
RECIBIDO CUENTAS POR PAGAR:				FECHA:				FIRMA		NOTA: SE PAGA EL 100% DEL VALOR ACORDADO SI EL CUMPLIMIENTO GLOBAL ES MAYOR AL 90%, SI ES MENOR DEL 90% SE PAGARÁ PROPORCIONAL A LO EJECUTADO	
UNIDAD		CENTRO DE COSTO <td colspan="2">VALOR<td colspan="2">CENTRO DE COSTO<td colspan="2">VALOR<td colspan="2">CENTRO DE COSTO</td></td></td></td>		VALOR <td colspan="2">CENTRO DE COSTO<td colspan="2">VALOR<td colspan="2">CENTRO DE COSTO</td></td></td>		CENTRO DE COSTO <td colspan="2">VALOR<td colspan="2">CENTRO DE COSTO</td></td>		VALOR <td colspan="2">CENTRO DE COSTO</td>		CENTRO DE COSTO	
NOTA: DE SER NECESARIO ADJUNTAR RELACION CON CENTROS DE COSTOS											

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**900958564-9**

Fecha Actual : jueves, 26 febrero 2026

1/1

COMPROBANTE ENTRADA**Confirmado****N°VZ000000017836****PROVEEDOR:** POLIFARMA S.A.**NIT:** 800151064**FECHA:** 26/02/2026 12:55 p.m.**CIUDAD:** BOGOTA (BOGOTA)**ESTADO:** Confirmado**DIRECCION:** CL 71 29 A 23**MONEDA:** Pesos**TELEFONO:** 3402560**TASA CAM:** 0,00**N° FACTURA:** 18738**% ICA:** 4,1400**PLAZO:** 90**FECHA FAC:** 11/02/2026 12:00 a.m.**ALMACEN** VH01 - VH01 - ALMACEN INSUMOS MEDICO
QUIRURGICOS**Usuario:** 1022993051 - OSCAR IVAN FERNANDEZ
HERNADEZ

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
D002418	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA FENESTRADA SIN BALON # 7	UNIDADES	5,00	\$ 402.000,00	\$ 2.010.000,00	0,00	19,00
D002418	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA FENESTRADA SIN BALON # 7	UNIDADES	3,00	\$ 402.000,00	\$ 1.206.000,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 8825-2025

SUBTOTAL: \$ 3.216.000,00**DESCUENTO:** \$ 0,00**IMPUESTO:** \$ 611.040,00**FLETES:** \$ 0,00**IMP FLETES:** \$ 0,00**RETE IVA:** \$ 91.656,00**RETE ICA:** \$ 13.314,00**RETE FUENTE:** \$ 80.400,00**OTRAS RETE:** \$ 0,00**OTRAS DEDUC:** \$ 0,00**IMP DISTRI:** \$ 0,00**AJUSTE RED:** \$ 0,00**AJUSTE AL TOTAL:** \$ 0,00**TOTAL COMPR:** \$ 3.641.670,00**TOTAL COMPROBANTE:**TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA
PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**Elaborado Por:****Recibido Por:**1022993051 - OSCAR IVAN FERNANDEZ
HERNADEZ**REVISADO POR:**

CUENTAS POR PAGAR

CONTABILIDAD

PRESUPUESTO

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 1022993051



**POLIFARMA S.A.S. - POLIMEDIC'S
FARMACEUTICA S.A.S.**

NIT : 800,151,064 - 0
CL 77 28 B 33
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
60131126683102340035
polifarma_sa@yahoo.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores



FACTURA ELECTRONICA VENT

FE 18738

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-02-11 19:43:54
Expedición 2026-02-11 19:44:16
Vencimiento 2026-05-11

Cliete SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

NIT 900,958,564 - 9 /Id. Extranjero :

Dirección CR 20 47 B 35 SUR

Ciudad BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA

Correo cyp.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Order Reference Prefijo

Teléfono 7300000

Vendedor VENDEDOR PRINCIPAL

Centro Costo 1

Remisión 20.412

Numero

Descripción	Cantidad	UN	INVIMA	MARCA	CUM	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA 7.0 S / B TWIST FENESTRADA	8	UN	2019DM-0020270	TRACOE MEDICAL	NA	402,000.00	19	3,216,000
1100047440	F.V : 2030-05-01				8.00			

Total Bruto	3,216,000.00
IVA	611,040.00
RETEFUENTE VENT	80,400.00
Retenc. IVA	91,656.00
Retenc. ICA	13,314.24
Total a Pagar	\$ 3.641.669,76

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Efectivo 3.641.669,76 Cuota 1 Vence el 2026-05-11

VALOR EN LETRAS

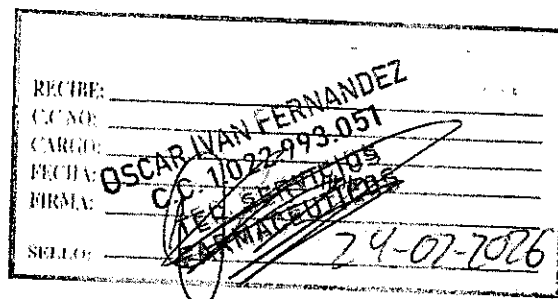
Tres Millones Seiscientos Cuarenta Y Un Mil Seiscientos Sesenta Y Nueve Pesos M/Cte Con 76/100

OBSERVACIONES

CONTRATO 8825-2025
SOLICITADO POR ESTEPHANY JIMENEZ

POLIFARMA S.A.S.
NIT: 800.151.064-0

Firma Elaborado por : CARMEN ALICIA J



Firma Recibido

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. Resolución y/o Autorización de facturación N° 8764104260471 aprobado en 2026-01-05 vigente 18 Meses, prefijo FE desde el número 18478 al 20000

CUFE :dc7b8fad23a29b47e9e22545d03dfc5d2ea2025e2a609651cfd942a1e0f082f1f9e21b77b4ba95ca7250b628149b474a

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

ALBERTO OBANDO LEON

Contador Público - Universidad Santo Tomás

A QUIEN INTERESE

El suscrito Revisor Fiscal,

Certifica que la sociedad, **POLIFARMA S.A.S. "POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S.A.S."**, con domicilio en esta ciudad, e identificada con el Nit. No. 800.151.064-0, ha apropiado y cumplido cabalmente en el año 2025 y en lo que va corrido del 2026 con la liquidación y el pago oportuno por concepto de la cancelación de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación familiar) de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere. De acuerdo con el artículo 25 de la ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales al instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) desde el 1 de julio del año 2013 fecha en la que se implementó el sistema de retenciones en la fuente para el recaudo del impuesto sobre la renta para la equidad –CREE. También certifico que la empresa ha cumplido con el pago oportuno de sus nóminas, encontrándose a paz y salvo por todo concepto laboral y prestacional.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Artículo 1º de la ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los cuatro (4) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,



C.P. ALBERTO OBANDO LEON

Revisor Fiscal – POLIFARMA S.A.S.

CC # 13.837.414

TP # 9463-T