INFORME DE SUPERVISIÓN No. 01 DEL CONTRATO No.123 DEL 25 DE MARZO DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y HERMES BOLAÑOS ARCOS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-120-2026	
Contrato N°:	123-2026	
Término:	La duración del contrato será hasta el 31 de octubre de 2026, contado a partir de la suscripción del acta de inicio.	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	25/03/2026	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31/10/2026	
Valor Inicial	$ 800.000.000	
Otro si N° 1		
Contratista:	**HERMES BOLAÑOS ARCOS**	
NIT o Cedula de Ciudadanía	10.548.679	
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
Forma de pago:	El Hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de la respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA,ICBF,CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ETC.) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden de pago se le realizarán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará mediante los trámites administrativos establecidos por el Hospital, según procedimiento interno de pago de cuentas	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. 150 del 20 de Febrero de 2026	
No. Registro presupuestal	No. 253 del 25 de marzo de 2026	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo de la profesional universitaria Sandra Yadira Rosero Benavides con el apoyo que se designe o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	
Período a que corresponde el informe	**DESDE (dd/mm/aaaa)**	**HASTA (dd/mm/aaaa)**
	25/03/2026	**30/03/2026**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	**25/03/2026**	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	03/2026
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	$ 812.500
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	$ 34.000
AFP	COLPENSIONES	VALOR PAGADO	$ 1.040.000
VALOR TOTAL PLANILLA	$ 1.886.500	PLANILLA No.	62132189
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 03/03/2026		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
VALOR EJECUTADO	$ 395.348.514
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$ 395.348.514
SALDO A EJECUTAR	**$404.651.486**

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA AL PERIODO DE REPORTE:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E, a suministrar los dispositivos médicos descritos en la definición técnica y cumplir con las siguientes condiciones: 1). Suministrar los dispositivos médicos de forma debida y oportuna entendido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud realizada por la persona autorizada por el hospital, mediante llamada telefónica o solicitud por escrito. 2). Los de elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando la siguiente información: Número de lote de fabricación. Fecha de vencimiento. Registro INVIMA.Laboratorio fabricante. Valor unitario, la descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. 3).El contratista se obliga con el HOSPITAL a recibir por el ciento por ciento (100%) de su valor y para efectos de cambio o notas de crédito todos los dispositivos médicos próximos a vencerse cuantificado por unidades independientemente si el contrato se encuentra ejecutado o pendiente por liquidar para lo cual el hospital realizara el reporte con 12 meses de anterioridad al vencimiento del producto 4). Las fechas de vencimiento de	**ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**	**ACTA DE RECEPCION TECNICA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6800870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 75% de la vida útil del dispositivo medico entregado. Cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el último día de su vencimiento. 5). Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser de ser pertinente. 6). Los productos que presenten no conformidades por calidad o devueltos por fecha de vencimiento ,entre otras cosas , deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas siguientes a la notificación por parte del supervisor del contrato. 7). Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación ,que sea solicitada y al mismo laboratorio al cual fue contratado ,si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio al contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. 8). El contratista está en la obligación de acogerse y notificara la entidad los cambios por precios estipulados en circulares u otros mecanismos que determine el gobierno para tal fin; en el evento que los dispositivos médicos que hagan parte del listado del presente contrato , sufran regulación de precios por políticas de control del Gobierno Nacional a través de la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos u otro medio. 9). Informar cuando el monto del contrato se haya ejecutado en un 60%. 10).No ceder el presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del HOSPITAL. 11).Los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista. 12).Informar por escrito en caso de desabastecimiento de los dispositivos médicos, que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta de backorder de desabastecimiento del laboratorio/soporte. Una vez validado el desabastecimiento por parte de la entidad, e contratista deberá ofrecer de manera inmediata otra(s) alternativa(s) que cumplan con las mismas especificaciones técnicas del producto contratado (ficha técnica e invima);además se debe anexar carta emitida por el laboratorio fabricante o por el importador autorizado por el INVIMA, en la cual se justifique el producto a entregar. Dicho producto deberá ser verificado y sustentado por el director técnico farmacéutico, y a su vez deberá contar con la autorización del supervisor del contrato y el subdirector científico, para su aceptación. 13).En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un dispositivo medico nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el comité por el comité de farmacia y terapéutica, el HOSPITAL tendrá plena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos dispositivos médicos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentran contemplados en la relación establecida en el presente proceso. Para tal efecto, el CONTRATISTA deberá presentar una certificación en la que conste su calidad de distribuidor exclusivo, o contar con autorización expresa del laboratorio, del fabricante correspondiente o del importador del nuevo producto. EL CONTRATISTA se compromete a suministrar los dispositivos médicos requeridos por el HOSPITAL en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud formal, debidamente firmada por el director técnico del servicio farmacéutico, el supervisor del contrato y el subdirector científico, en las cantidades definidas en dicha solicitud. Para la determinación del precio,		No. 15 del 30 /03/2026 No. 292 del 30/03/2026

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

se deberán obtener al menos dos (2)cotizaciones diferentes, y se verificara que los productos cumplan con las especificaciones técnicas exigidas por el HOSPITAL (FICHA TECNICA E INVIMA).En caso de tratarse de dispositivos médicos de control especial o sujetos a regulación por parte del Gobierno Nacional, se aplicara lo dispuesto por la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por las normas vigentes, especialmente en lo referente al precio máximo de venta. 14).Si durante la ejecución del contrato se presentan o notifican incidentes o eventos adversos relacionados con el uso Dispositivos médicos que obligue al cambio de laboratorio, marca o lote, el contratista debe proponer alternativas que se encuentran en el mercado. Igualmente, si el INVIMA emite alertas sanitarias relacionadas con algún producto relacionado que se encuentre dentro del contrato, el contratista debe tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier retiro o desabastecimiento. Si durante la vigencia del contrato el registro sanitario INVIMA de alguna de los dispositivos médicos se encuentra próximo a vencer, el contratista deberá presentar oportunamente el trámite de renovación o la solicitud de autorización se agotamiento ante dicha entidad; según lo establecido en el decreto 4725 de 2005.Ministerio de salud y protección social. La documentación correspondiente deberá remitirse al momento de la recepción técnica del producto y al supervisor del contrato, so pena de no aceptación de los dispositivos médicos.15).Obligaciones generales ambientales del contratista: El contratista deberá acatar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA)del Hospital Susana López de Valencia, conocer su política y los objetivos ambientales; adquirir el compromiso de gestionar los aspectos ambientales asociados a las actividades derivadas de la ejecución del contrato(manejo adecuado de sustancias químicas, emisiones de gases de efecto invernadero - Gel y/o potenciales agotadores de ozono - PAO), generación de residuos sólidos) y garantizar el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones como proveedor del servicio, según la normatividad ambiental aplicable vigente, así como también garantizar la adherencia al mejoramiento continuo de la certificación ISO 14001 2015 de la cual la institución es acreedora.		

5. **OBSERVACIONES ADICIONALES:**
En el comprobante AI000000001452 DEL 30/03/2026 por error involuntario se digito mal la fecha de la factura, siendo la real el 30/03/2026 como aparece en la factura FP344.

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobantes de entrada, facturas electrónicas, actas de recepción, planilla de seguridad social.	7

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AI000000001452	30/03/2026	FP344	30/03/2026	$ 223.134.432
AG0000000031576	30/03/2026	FP343	30/03/2026	$ 172.214.082
			TOTAL	$395.348.514

8. CERTIFICACION DE PAGO:

El suscrito supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales por lo tanto procede el pago correspondiente al periodo certificado.

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)	$ 395.348.514
25/03/2026	30/03/2026	

El anterior informe se firma a los trece (13), días del mes de abril del 2026.

SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
59.795.635
Supervisor del contrato

Proyecto y Revisó: Alicia Angulo- Afiliada Participe Asies Alicia A.
Aprobó: Sandra Yadira rosero Benavidez- supervisor del contrato
Lider de proceso: Pablo Ante

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. **USUARIO** 766

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001452

30 Marzo

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 30/03/2026 01:16 p. m.
CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3104103244 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: FP344 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 26/03/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000048	GUANTES DE NITRILO TALLA M	CAJA	195,00	$ 24.791,00	$ 4.834.245,00	0,00	19,00
DMG0000047	GUANTES DE NITRILO TALLA S	CAJA	272,00	$ 24.791,00	$ 6.743.152,00	0,00	19,00
DMG0000005	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	2.300,00	$ 15.458,00	$ 35.553.400,00	0,00	19,00
DMG0000006	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	8.340,00	$ 15.458,00	$ 128.919.720,00	0,00	19,00
DMG0000004	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA L CAJA X 50 PARES	CAJA	20,00	$ 31.591,00	$ 631.820,00	0,00	19,00
DMG0000076	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	48,00	$ 31.591,00	$ 1.516.368,00	0,00	19,00
DMG0000077	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	280,00	$ 31.591,00	$ 8.845.480,00	0,00	19,00
DMG0000078	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA L CAJA X 50 PARES	CAJA	30,00	$ 15.458,00	$ 463.740,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	187507925,0000	3750159,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	187507925,0000	3750159,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	187507925,0000	2812619,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	187507925,0000	5625238,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	187507925,0000	1875079,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	187507925,0000	937540,0000

DETALLE **SUBTOTAL:** $ 187.507.925,00

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP344
Fecha Emisión	30/03/2026 12:14:51
Fecha Vencimiento	30/04/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	30/03/2026 12:14:53

Autorización facturación electrónica No. 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600.

Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popayán, Cauca, Colombia
Teléfono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de pago:	30/04/2026
Total de Lineas:	8

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0003	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA M CAJA*100Lote: 25011818, 20251110, 20250905Fecha v: 01/07/2030, 01/11/2028, 10/09/2028Registro Invima: 2018DM-0017568,2021DM-0024207, Marca: Protexion	BX	195,00	$24.791,00	IVA	19%	918507	0,00	$4.834.245,00
2	SG-0004	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA S CAJA*100 Lote:20250901,20251110,20250905, 20250822Fecha v: 30/06/2028, 08/2028, 01/11/2028, 01/09/2028,Registro Invima: 2018DM-0017568, 2021DM-0024207, Marca: Protexion	BX	272,00	$24.791,00	IVA	19%	1281199	0,00	$6.743.152,00
3	SG-0005	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA L CAJA*100Lote: 1122024 6650, Fecha vencimiento: 12/2029, Registro invima: 2024DM-0011605-R1, Marca: Protexion	BX	30,00	$15.458,00	IVA	19%	88111	0,00	$463.740,00
4	SG-0006	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA M CAJA*100 Lote: 0420250326, 0820242821,0820253956,Fecha vencimiento: 01/04/2030, 30/08/2029, 08/2030, Registro invima: 2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	2.300,00	$15.458,00	IVA	19%	6755146	0,00	$35.553.400,00

Firma Digital: Gsu4HjqekDFbJV9OKdQUsQ8VwGJGvjVLkiNT4fHiHISN8xcNUKc24zOGekwQSXug
wqplAzQWYtDVRtGN1qAjmUd/o+qsdfAdRQJUWxhZDWmfcEN/cq
3AU74oycWc0U86 UhvJGfSpF47cHYBnishcMo0rXU28Y3OKFQs87rK6+hFcajNtFwFkGTA8J6mony6n 0WvPIX4TmM04XaQAvOHnDS5tlzphYNAHDq7
jxuEsWlpu5Hs+0PT32GWDekdGHIG6 jgZXiB4zVspr4E30istRv/kg5OKudBmz6FpgLd8CPoA3fgrVlkhEWqp5aNxeHsgl 0cJrgY0+EaShnAdOqYKS
BA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
15	30	3	2026

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS **HORA** 2 PM

Factura Nº: FP344 **Factura Vigente hasta:** 30/04/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTES EXAMEN NITRILO TALLA M	UNIDAD	2018DM-0017568/2021	PROTEXION	25011818	491	1/7/2030	195	195	195	C	C	C	C
2	GUANTES EXAMEN NITRILO TALLA S	UNIDAD	2018DM-0017568/2021	PROTEXION	20250901	824	30-06-2028	272	272	160	C	C	C	C
3	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA L	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	PROTEXION	1122024	734	31/12/2029	30	30	2600	C	C	C	C
4	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA M	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	0420250326	404	30/08/2029	2300	2300	600	C	C	C	C
5	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	0820253956	1440	1/8/2030	8340	8340	1120	C	C	C	C
6	GUANTES DE LATES SIN TALCO TALLA L	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	0620252122	810	30/06/2028	20	20	20	C	C	C	C
7	GUANTES DE LATES SIN TALCO TALLA M	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	042025358	720	1/4/2028	48	48	48	C	C	C	C
8	GUANTES DE LATES SIN TALCO TALLA S	UNIDAD	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	082025	722	1/6/2028	280	280	280	C	C	C	C
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														

ELABORADO POR:

Yuli Adriid Delgado Revalcazar
Regente de Farmacia
Res. NO. 19-01504-02-2011

Firma

Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Astrid Viviana Ancheconi

Firma

Quimico Farmaceutico

COMPROBANTE ENTRADA
NºAG000000031576

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 30/03/2026 01:50 p. m.

CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3104103244 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FP343 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 30/03/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 6.5	PARES	26.200,00	$1.825,74	$47.834.388,00	0,00	19,00
DMG0000009	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.5	PARES	28.800,00	$1.825,74	$52.581.312,00	0,00	19,00
DMG0000008	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.0	PARES	17.000,00	$1.825,74	$31.037.580,00	0,00	19,00
DMG0000010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.0	PARES	5.200,00	$1.825,74	$9.493.848,00	0,00	19,00
DMG0000045	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.5	PARES	1.900,00	$1.984,52	$3.770.588,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	144717716,0000	2894354,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	144717716,0000	2894354,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	144717716,0000	2170766,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	144717716,0000	4341531,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	144717716,0000	1447177,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	144717716,0000	723589,0000

DETALLE

CTO 123 DEL 2026

SUBTOTAL:	$144.717.716,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$27.496.366,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$4.124.455,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$14.471.771,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$153.617.856,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP343
Fecha Emisión	30/03/2026 11:59:47
Fecha Vencimiento	30/04/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	30/03/2026 11:59:48

Autorización facturación electrónica No. 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600.

Régimen Simple de Tributación

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popayán, Cauca, Colombia
Teléfono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Consignación bancaria
Fecha de pago:	30/04/2026
Total de Lineas:	5

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 6.5 CAJA*50 PARES Lote: 241205, SH25046, 250810, 251010, 082025, 251020;Fecha vencimiento: 01/11/2030, 28/02/2030, 01/07/2030,01/09/2030, 20/08/2030; Registro invima: 2023DM-0027393, 2020DM-0021874; Marca: Medispo	BX	524,00	$91.287,00	IVA	19%	9088534	0,00	$47.834.388,00
2	SG-0008	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.5 CAJA*50 PARESLote: 241205, 250810, 25053, 201010, 251020;Fecha vencimiento: 01/11/2029, 30/07/2030, 01/07/2030, 01/03/2030, 01/09/2030, Registro invima: 2020DM-0021874,Marca: Medispo	BX	576,00	$91.287,00	IVA	19%	9990449	0,00	$52.581.312,00
3	SG-0009	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.0 CAJA*50 PARESLote: 240215, SH24066, SH25047, SH25052, 251020, 251105,Fecha vencimiento:01/01/2029,01/03/2029, 30/03/2030, 01/03/2030, 01/09/2030, 01/10/2030, 15/04/2030,Registro invima: 2020DM-0021874, 2023DM-0027393,Marca: Medispo	BX	340,00	$91.287,00	IVA	19%	5897140	0,00	$31.037.580,00

Firma Digital: sAx2ZMRg4laz8kfU4aj9GXYfFQKtafi46i8BarMTUSz4Zxw2okf0axpwOyo+oSVA uUZdND4nGkogTjbr8iE9WlubwVz7enD1jXvXry4KJ6ye6zWjHi 0kj5VgVQam/byB 6hlro/BQLPfNJBg8urjYuYTupRYQYZNncNN/A61sVBSUzipCHEpSpr2k0LfNCzHf PPS8yG4wYVs/2Zn+2M4TzI1i6gevWJeBNur YrIlzUXBttPMUtHmruJ6o0vJN34+C 1Ou3jdxXXHbNcppEnS0cV7IX+whDHY6jLbiPwmvw/eUo8R8ilUB+7QsTIv/pJhfc e8BaUY7k/6gtH/5W47Pq bA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
292	30	3	2026

SLV-FAR-05-FO1
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS

Factura Nº: FP343

HORA: 3:10 PM

Factura Vigente hasta: 30/4/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 6.5	CAJA * 50 UNIDADES	2020DM-0021874	PROTEX	250810	1547	1/7/2030	26200	26200	25000	C	C	C	C
2	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.5	CAJA * 50 UNIDADES	2020DM-0021874	PROTEX	201010	1609	1/9/2030	28800	28800	25000	C	C	C	C
3	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.0	CAJA * 50 UNIDADES	2023DM-0027393	PROTEX	251020	1470	15/4/2030	17000	17000	25000	C	C	C	C
4	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.0	CAJA * 50 UNIDADES	2023DM-0027393	PROTEX	SH25053	574	1/11/2027	5200	5200	80	C	C	C	C
5	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.5	CAJA * 50 UNIDADES	2023DM-0027393	PROTEX	241205	1305	1/11/2029	1900	1900	50	C	C	C	C

OBSERVACIONES:

Verificado por:

Deysi Marisol Garzón Jara.

Firma
Regente encargado de recepcion

Astrid A

Firma
Quimico Farmaceutico

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10548679	HERMES BOLAÑOS ARCOS	CLL 2N BIS 11A-34	8329561	udsuministros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAUCA	POPAYÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62132189	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$1.886.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	812.500	0		0		0	0	0	0	812.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.040.000	0	0	0	0	0	0		1.040.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.000				34.000	0	0	34.000			340	34.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	812.500	812.500
Pensión	1	1.040.000	1.040.000
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.886.500	1.886.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información