



ORTHO IMPLANTES SAS
NIT 901.094.337-8
CRA 37 No 17 71
Tel: (3186746030)
Pasto - Colombia
orthoimplantes17@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. 01 7076

Señores HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
NIT 891.180.026-5 **Teléfono** (000) 8332533
Dirección CALLE 7 14 69 **Ciudad** Garzón - Colombia

Fecha y hora Factura
Generación 26/02/2026, 11:24
Expedición 26/02/2026, 15:45
Vencimiento 26/05/2026

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Valor desc.	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo
1	100218	TORNILLO CORTICAL 2.4MM X 18 LOTE SC24035423A0098 RS 2023DM-0026480	2.00	100,000.00	200,000.00	0.00	0 %	0.00
2	868008	PLACA PARA CLAVICULA CON EXT. LATERAL 2.7 / 3.5 IZQ X8 LOTE SC24035423A0098 RS 2023DM-0026480	1.00	1,827,000.00	1,827,000.00	0.00	0 %	0.00
3	102216	TORNILLO CORTICAL AUTOPERFORANTE 3.5 X 16 LOTE SC24122324A0037 RS 2023DM-0026480	1.00	65,100.00	65,100.00	0.00	0 %	0.00
4	102218	TORNILLO CORTICAL AUTOPERFORANTE 3.5 X 18 LOTE SC24122324A0037 RS 2023DM-0026480	2.00	65,100.00	130,200.00	0.00	0 %	0.00
5	102316	TORNILLO BLOQUEADO AUTOPERFORANTE 3.5 X 16 LOTE SC2506314A0120 RS 2023DM-0026480	1.00	229,600.00	229,600.00	0.00	0 %	0.00
6	102318	TORNILLO BLOQUEADO AUTOPERFORANTE 3.5 X 18	1.00	229,600.00	229,600.00	0.00	0 %	0.00
7	100012	TORNILLO BLOQUEADO 2.4MM X 12 LOTE 23207821B55 RS 2023DM-0026480	1.00	160,000.00	160,000.00	0.00	0 %	0.00
8	100014	TORNILLO BLOQUEADO 2.4MM X 14 LOTE SC2504824A0242 RS 2023DM-0026480	3.00	160,000.00	480,000.00	0.00	0 %	0.00
9	ECBP25	SUSTITUTO DE INJERTO OSEO EN PASTA DE 2,5 CC LOTE 432-25 RS 2018DM-0019155	1.00	2,100,000.00	2,100,000.00	0.00	0 %	0.00

Total ítems: 9

Valor en Letras:

Cinco millones doscientos cincuenta y ocho mil ochocientos cincuenta y cinco pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Débito Ahorro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-05-26 por \$ 5,258,855.00

Total Bruto 5,421,500.00

Compras 2.5% 135,537.50

RetelCA 5*1000 27,107.50

Total a Pagar 5,258,855.00

Observaciones:

DOCTOR: JAIME DUQUE - PACIENTE: LOPEZ MONTEALEGRE HAROLD JOSE - CEDULA: 1.078.266.148.
Tener en cuenta que el descuento mencionado se hará por medio de nota crédito bajo cada factura emitida .

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 18764094032742 aprobado en 20250605 prefijo 01 desde el número 4690 al 10000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica Tarifa

CUFE: 67725e9462278fe1c5cba1f4a8c63dee2f7e6d833d9c94a50feed8277e984d36a230037fdd4bdddeb1b5f9eb2ff71104

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



ORTHO IMPLANTES SAS
NIT 901.094.337-8
CRA 37 17 71
Tel: (3186746030)
Pasto - Colombia



Nota Crédito
No. 1 1778

				Fecha Nota Crédito	2026-02-26
				Factura de Venta	
Señores	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL			Generación	26/02/2026, 15:53
NIT	891.180.026-5	Teléfono	(000) 8332533	Expedición	26/02/2026, 15:53
Dirección	CALLE 7 14 69	Ciudad	Garzón - Colombia	Vencimiento	26/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Impto. Rete.	Valor desc.
1	Descuentos Comerciales condicionados	1.00	1,057,192.50	2,5 %	0.00
Total items: 1					
Valor en Letras:			Total Bruto	1,084,300.00	
Un millón cincuenta y un mil setecientos setenta y un pesos m/cte					
Condiciones de Pago:			Compras 2.5%	27,107.50	
Instrumento de pago no definido - Cruce de vencimiento - Cuota No. 001 vence el 2026-05-26 por			\$	1,051,771.00	
			ReteICA 5*1000	5,421.50	
			Total	1,051,771.00	
Observaciones:					
DESCUENTO COMERCIAL DEL 20% APLICADO A FACTURA 7076					

CUDE: 49a10f2ceb74b211fb6c82ae2c8711378a9eb6afbef952673775e30e54a2d523d3b8e9b2b49f73b7352e2d5a5a82f036



ORTHO IMPLANTES SAS
NIT 901.094.337-8
orthoimplantes17@hotmail.com

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y
PARAFISCALES PERSONA JURIDICA.**

Yo, **JENNIFFER NATHALY OLIVA LOPEZ** identificada con cedula de Ciudadanía NO. **1.085.315.897** de Pasto, portadora de la tarjeta Profesional No. **281060-T** ocupando el cargo de Revisor Fiscal de la empresa **ORTHO IMPLANTES SAS** con Nit No. 901.094.337-8;

CERTIFICO QUE:

ORTHO IMPLANTES SAS identificado con Nit No. **901.094.337-8** ha cumplido con las obligaciones derivadas de afiliación y pago dentro de las fechas establecidas las cuales corresponden al 7 día hábil de cada mes, con los sistemas de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, y los correspondientes a aportes parafiscales son Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Caja de Compensación Familiar, dentro de los términos de ley de conformidad con las normas vigentes, hábil según Ley 789 de 2002 Artículo 50 y Ley 828 de 2005 Artículo 1.

Expedido en Pasto, a los cinco (5) días del mes de Marzo del dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JENNIFFER NATHALY OLIVA LOPEZ
TP. No. 281060-T
Revisor Fiscal



ORTHO IMPLANTES SAS
NIT 901.094.337-8
orthoimplantes17@hotmail.com

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

281060-T

JENNIFFER NATHALY OLIVA LÓPEZ
C.C. 1085315897
RES. INSCRIPCION 1073 DEL 26/05/2021
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

303473 **317202**

Identificación Física S.A. 180942/0/19

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE — Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono
NIT 901094337	8	ORTHO IMPLANTES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	NARIÑO RIESGO 3	CR 37 17 71 BRR MARIDIAZ	PASTO-NARIÑO	72324101

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo	Clave		Tipo		Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco
2026-01	2026-02	43104120	9499364824	E	2026/02/10	2026/02/06	BANCOLOMBIA
							\$12,482,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																										
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte					
Sucursal: NARIÑO RIESGO 3 (7 Afiliados)					\$18,911,259	\$3,026,200	\$18,911,259					\$756,800	\$19,504,313					\$780,600	\$18,911,259					\$356,400	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (7 Afiliados)					\$18,911,259	\$3,026,200	\$18,911,259					\$756,800	\$19,504,313					\$780,600	\$18,911,259					\$356,400	\$0	\$0
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO (7 Afiliados)					\$18,911,259	\$3,026,200	\$18,911,259					\$756,800	\$19,504,313					\$780,600	\$18,911,259					\$356,400	\$0	\$0
1	CC	1085300224	ACOSTA CAMILO	230301	25	\$1,524,448	\$244,000	EPS037	25	\$1,524,448	\$61,000	CCF35	25	\$2,117,502	\$84,800	14-11	25	\$1,524,448	\$37,200	25	\$0	\$0				
2	CC	1085300224	ACOSTA CAMILO	230301	3	\$175,091	\$28,100	EPS037	3	\$175,091	\$7,100	CCF35	3	\$175,091	\$7,100	14-11	3	\$175,091	\$0	3	\$0	\$0				
3	CC	1085259411	BASTIDAS DIANA	230201	3	\$235,000	\$37,600	ESSC18	3	\$235,000	\$9,400	CCF35	3	\$235,000	\$9,400	14-11	3	\$235,000	\$0	3	\$0	\$0				
4	CC	1085259411	BASTIDAS DIANA	230201	27	\$2,170,839	\$347,400	ESSC18	27	\$2,170,839	\$86,900	CCF35	27	\$2,170,839	\$86,900	14-11	27	\$2,170,839	\$52,900	27	\$0	\$0				
5	CC	1085297032	BRAVO JESUS	25-14	30	\$4,348,000	\$695,700	EPS037	30	\$4,348,000	\$174,000	CCF35	30	\$4,348,000	\$174,000	14-11	30	\$4,348,000	\$108,000	30	\$0	\$0				
6	CC	1085304363	DIAZ JESSICA	230301	30	\$3,804,501	\$608,800	EPS037	30	\$3,804,501	\$152,200	CCF35	30	\$3,804,501	\$152,200	14-11	30	\$3,804,501	\$0	30	\$0	\$0				
7	CC	1085267616	DIAZ OSCAR	230301	17	\$992,180	\$158,800	EPS005	17	\$992,180	\$39,700	CCF35	17	\$992,180	\$39,700	14-11	17	\$992,180	\$24,200	17	\$0	\$0				
8	CC	10879959826	PASUY KAREN	230301	30	\$3,261,200	\$521,600	EPS037	30	\$3,261,200	\$130,500	CCF35	30	\$3,261,200	\$130,500	14-11	30	\$3,261,200	\$79,500	30	\$0	\$0				
9	CC	1085298206	RUIZ ESTEBAN	230301	29	\$2,320,000	\$371,200	EPS005	29	\$2,320,000	\$92,800	CCF35	29	\$2,320,000	\$92,800	14-11	29	\$2,320,000	\$58,600	29	\$0	\$0				
10	CC	1085298206	RUIZ ESTEBAN	230301	1	\$80,000	\$12,800	EPS005	1	\$80,000	\$3,200	CCF35	1	\$80,000	\$3,200	14-11	1	\$80,000	\$0	1	\$0	\$0				
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte					
Sucursal: BOGOTA RIESGO 3 (3 Afiliados)					\$5,185,334	\$829,800	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$126,400	\$0	\$0
Centro de Trabajo: BOGOTA (3 Afiliados)					\$5,185,334	\$829,800	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$126,400	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)					\$5,185,334	\$829,800	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$207,600	\$5,185,334					\$126,400	\$0	\$0
11	CC	1030572168	CEPEDA JHONATAN	231001	30	\$1,972,854	\$315,700	EPS005	30	\$1,972,854	\$79,000	CCF24	30	\$1,972,854	\$79,000	14-11	30	\$1,972,854	\$48,100	30	\$0	\$0				
12	CC	1020821007	PINEDA LEIDY	230301	12	\$1,255,480	\$200,900	EPS002	12	\$1,255,480	\$50,300	CCF24	12	\$1,255,480	\$50,300	14-11	12	\$1,255,480	\$30,600	12	\$0	\$0				
13	CC	1020745877	SEGURA JOAN	231001	30	\$1,997,000	\$313,200	EPS017	30	\$1,997,000	\$78,300	CCF24	30	\$1,997,000	\$78,300	14-11	30	\$1,997,000	\$47,700	30	\$0	\$0				
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte					
Sucursal: NARIÑO RIESGO 2 (1 Afiliados)					\$2,350,000	\$376,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$24,600	\$0	\$0
Centro de Trabajo: NARIÑO RIESGO 2 (1 Afiliados)					\$2,350,000	\$376,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$24,600	\$0	\$0
Ciudad: NARIÑO Depto: NARIÑO (1 Afiliados)					\$2,350,000	\$376,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$94,000	\$2,350,000					\$24,600	\$0	\$0
14	CC	59836556	ARISMENDI PAOLA	230301	30	\$2,350,000	\$376,000	EPS037	30	\$2,350,000	\$94,000	CCF35	30	\$2,350,000	\$94,000	14-11	30	\$2,350,000	\$24,600	30	\$0	\$0				
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte					
Sucursal: NARIÑO RIESGO 1 (8 Afiliados)					\$15,838,056	\$2,534,500	\$15,838,056					\$633,900	\$17,125,386					\$685,400	\$15,838,056					\$69,700	\$0	\$0
Centro de Trabajo: NARIÑO RIESGO 1 (8 Afiliados)					\$15,838,056	\$2,534,500	\$15,838,056					\$633,900	\$17,125,386					\$685,400	\$15,838,056					\$69,700	\$0	\$0
Ciudad: NARIÑO Depto: NARIÑO (8 Afiliados)					\$15,838,056	\$2,534,500	\$15,838,056					\$633,900	\$17,125,386					\$685,400	\$15,838,056					\$69,700	\$0	\$0
15	CC	1085302671	CASTRO JUAN	230201	11	\$641,999	\$102,800	EPS005	11	\$641,999	\$25,700	CCF35	11	\$1,383,010	\$55,400	14-11	11	\$641,999	\$3,400	11	\$0	\$0				
16	CC	1085302671	CASTRO JUAN	230201	19	\$1,108,907	\$177,500	EPS005	19	\$1,108,907	\$44,400	CCF35	19	\$950,000	\$38,000	14-11	19	\$1,108,907	\$0	19	\$0	\$0				
17	CC	1085313315	MONCAYO ISABEL	230301	30	\$2,517,164	\$402,800	EPS005	30	\$2,517,164	\$100,700	CCF35	30	\$2,517,164	\$100,700	14-11	30	\$2,517,164	\$12,200	30	\$0	\$0				
18	CC	1085275489	MORALES ANGELA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$70,100	CCF35	30	\$1,750,905	\$70,100	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	30	\$0	\$0				
19	CC	1085303513	MORAN EVELYN	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	ESSC18	30	\$1,750,905	\$70,100	CCF35	30	\$1,750,905	\$70,100	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	30	\$0	\$0				
20	CC	37085478	MORAN SHARI	230301	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS005	30	\$2,800,000	\$112,000	CCF35	30	\$2,800,000	\$112,000	14-11	30	\$2,800,000	\$14,700	30	\$0	\$0				
21	CC	36951153	PACHAJOA ANA	230301	15	\$1,175,000	\$188,000	EPS005	15	\$1,175,000	\$47,000	CCF35	15	\$1,175,000	\$47,000	14-11	15	\$1,175,000	\$6,200	15	\$0	\$0				
22	CC	36951153	PACHAJOA ANA	230301	15	\$1,175,000	\$188,000	EPS005	15	\$1,175,000	\$47,000	CCF35	15	\$1,175,000	\$47,000	14-11	15	\$1,175,000	\$0	15	\$0	\$0				
23	CC	1193475116	RATINO ANGELA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$70,100	CCF35	30	\$1,750,905	\$70,100	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	30	\$0	\$0				

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
24	CC 1085255828	RAMIREZ ANA	25-14	15	\$875,453	\$140,100	EPS005	15	\$875,453	\$35,100	CCF35	15	\$1,580,679	\$63,300	14-11	15	\$875,453	\$4,600	15	\$0	\$0		
25	CC 1085255828	RAMIREZ ANA	25-14	5	\$291,818	\$46,700	EPS005	5	\$291,818	\$11,700	CCF35	5	\$291,818	\$11,700	14-11	5	\$291,818	\$0	5	\$0	\$0		
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: COMFENALCO (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$79,500		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: COMFENALCO 3 (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$79,500		\$0	\$0		
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLLIVAR (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$79,500		\$0	\$0		
26	CC 9148335	HAAD YASSEER	230301	30	\$3,261,200	\$521,800	EPS002	30	\$3,261,200	\$130,500	CCF08	30	\$3,261,200	\$130,500	14-11	30	\$3,261,200	\$79,500	30	\$0	\$0		
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: COMPENSAR 2 (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$34,100		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: COMPENSAR RIESGO 2 (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$34,100		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$3,261,200	\$521,800			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$130,500			\$3,261,200	\$34,100		\$0	\$0		
27	CC 52712565	MORALES JOHANA	25-14	30	\$3,261,200	\$521,800	EPS017	30	\$3,261,200	\$130,500	CCF24	30	\$3,261,200	\$130,500	14-11	30	\$3,261,200	\$34,100	30	\$0	\$0		
Total Afiliados(21)					\$48,807,049	\$7,810,100			\$48,807,049	\$1,953,300			\$50,687,433	\$2,028,600			\$48,807,049	\$690,700		\$0	\$0		

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				21	\$7,810,100	\$0	\$0	\$7,810,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	61	2	\$628,900	\$0	\$0	\$628,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	\$1,684,500	\$0	\$0	\$1,684,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	\$4,271,000	\$0	\$0	\$4,271,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	\$1,225,700	\$0	\$0	\$1,225,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				21	\$690,700	\$0	\$0	\$690,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	21	\$690,700	\$0	\$0	\$690,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				21	\$2,028,600	\$0	\$0	\$2,028,600
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	16	\$1,560,000	\$0	\$0	\$1,560,000
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	\$130,500	\$0	\$0	\$130,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	\$338,100	\$0	\$0	\$338,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				21	\$1,953,300	\$0	\$0	\$1,953,300
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	2	\$166,400	\$0	\$0	\$166,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	\$208,800	\$0	\$0	\$208,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	\$618,800	\$0	\$0	\$618,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	\$180,800	\$0	\$0	\$180,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	10	\$778,500	\$0	\$0	\$778,500
TOTAL				21	\$12,482,700	\$0	\$0	\$12,482,700



E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL
DEPTAL SAN VICENTE DE PAUL

1/2

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000024731

PROVEEDOR: ORTHO IMPLANTES SAS NIT: 901094337 FECHA: 05/03/2026 11:33 a. m.
CIUDAD: PASTO (NARIÑO) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 18 A 42 76 LC 2 ED RINCON DE ATURES CXP PRESUPUESTAL 1113
TELEFONO: ALMACEN 11 BODEGA DE OSTEOSINTESIS
N° FACTURA: OI7076 % ICA: 5.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 26 de febrero de 2026
REMISION DE ENTRADA Nro. 00000000008999

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
100218	TORNILLO CORTICAL 2.4MM X 18	UNIDADES	2.00	\$ 100,000.00	\$ 200,000.00	0.00	0.00
868008	PLACA PARA CLAVICULA CON EXT. LATERAL 2.7 / 3.5 IZQ X8	UNIDADES	1.00	\$ 1,827,000.00	\$ 1,827,000.00	0.00	0.00
102216	TORNILLO CORTICAL AUTOPERFORANTE 3.5 X 16	UNIDADES	1.00	\$ 65,100.00	\$ 65,100.00	0.00	0.00
102218	TORNILLO CORTICAL AUTOPERFORANTE 3.5 X 18	UNIDADES	2.00	\$ 65,100.00	\$ 130,200.00	0.00	0.00
102316	TORNILLO BLOQUEADO AUTOPERFORANTE 3.5 X 16	UNIDADES	1.00	\$ 229,600.00	\$ 229,600.00	0.00	0.00
102318	TORNILLO BLOQUEADO AUTOPERFORANTE 3.5 X 18	UNIDADES	1.00	\$ 229,600.00	\$ 229,600.00	0.00	0.00
100012	TORNILLO BLOQUEADO 2.4MM X 12	UNIDADES	1.00	\$ 160,000.00	\$ 160,000.00	0.00	0.00
100014	TORNILLO BLOQUEADO 2.4MM X 14	UNIDADES	3.00	\$ 160,000.00	\$ 480,000.00	0.00	0.00
ECBP25.	SUSTITUTO DE INJERTO OSEO EN PASTA DE 2.5CC	UNIDADES	1.00	\$ 2,100,000.00	\$ 2,100,000.00	0.00	0.00

DETALLE

VALOR DE PAGO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS FACTURA N° OI 7076 DEL DIA 26/02/2026 POR UN VALOR \$ 5.421.500 DEL CONTRATO 147 DEL 2026.

SUBTOTAL:	\$ 5,421,500.00
DESCUENTO:	\$ 0.00
IMPUESTO:	\$ 0.00
FLETES:	\$ 0.00
IMP FLETES:	\$ 0.00
RETE IVA:	\$ 0.00
RETE ICA:	\$ 27,108.00
RETE FUENTE:	\$ 135,538.00
OTRAS RETE:	\$ 81,323.00
OTRAS DEDUC:	\$ 0.00
IMP DISTRI:	\$ 0.00
AJUSTE RED:	\$ 0.00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0.00
TOTAL COMPR:	\$ 5,177,531.00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO

Firma:

Nombre:

Cedula:

Vanessa Sanchez B.
Vanessa Sanchez Bardo
1.007.349.644
Aux. farmacia
Agremiacion - Santa
Apoyo farmacia

REVISO

Firma:

Nombre:

Cedula:

Alex Cheveron R
8682171
Quimico farmacéutico
OPS Contrata
Apoyo farmacia

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL - GARZON] NIT [891180026-5]



COMPROBANTE ENTRADA

APROBO

Firma:

Nombre:

Cedula:

Cargo:

19'383-534

S. J. T. C.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

EL SUBDIRECTOR CIENTIFICO DE LA ESE
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

CERTIFICA QUE:

La empresa **ORTHOIMPLANTES S.A.S** identificada con Nit No **901094337-8** suministro los materiales de osteosíntesis para la realización de la cirugía del señor (a) **HAROL JOSE LOPEZ MONTEALEGRE** en cumplimiento del contrato de suministros No **147** de 2026.

En cumplimiento de lo anterior se verifico que la factura No **OI – 7076** emitida por el proveedor cumple con todos los parámetros y requisitos establecidos tanto en las calidades, cantidades suministradas y los precios están acordes a lo establecido en el contrato en mención.

Se expide en Garzón, Huila a los 5 días del mes de marzo de 2026.

PABLO LEON PUENTES QUESADA

Subdirector Científico

E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila

Proyectado por:

DIANA CRISTINA RUBIANO V.

Agremiación sindical Asprosalud.

Apoyo subdirección científica. Proceso de esterilización

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA										
CUADRO EJECUCION ECONOMICA DEL CONTRATO										
CONTRATISTA		ORTHO IMPLANTES SAS				No. CONTRATO		147 DE 2025		
OBJETO		Suministro de material de osteosíntesis representado en los productos de SIORA SURGICALS PRIVATE LIMITED y ECO-SINTESIS COLOMBIA SAS, de acuerdo con los requerimientos de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente Paúl De Garzón Huila.								
VALOR CONTRATO		300,000,000				INICIO		12/02/2026		
VALOR ADICIONAL						PLAZO		3 MESES		
NUEVO VALOR CONTRATO		300,000,000				TERMINACION		11/05/2026		
VALOR EJECUTADO		4,337,200				ADICION AL PLAZO				
SALDO SIN EJECUTAR		295,662,800				NUEVA TERMINACION				
FECHA FACTURA	No. FACTURA	VALOR FACTURADO	No. NOTA CREDITO	VALOR NOTA CREDITO	VALOR NETO	PORCENT AJE APLICADO	VALOR ACUMULADO	SALDO CONTRATO	FECHA INFORME DE SUPERVISION	FECHA ENTREGA EN CONTRATACION
26/02/2026	OI 7076	5,421,500	NC 1-1778	1,084,300	4,337,200	20%	4,337,200	295,662,800	5/03/2026	12/03/2026

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

OBJETO.

Garantizar la efectividad de los principios, deberes y derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia y los principios contractuales establecidos en el Estatuto de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón – Huila, en la ejecución de los contratos celebrados por la entidad en la prestación del servicio público de salud, como parte integral del Sistema de Seguridad Social.

1. GENERALIDADES DEL CONTRATO.

Numero de Contrato	147 DE 2026
Nombres y Apellidos del Contratista	ORTHO IMPLANTES S.A.S.
Número de Identificación del Contratista	901.094.337-8
Clase de Contrato *(1 -13)	Contrato de Suministro
Modalidad del Contrato **(1 – 3)	Contratación Directa
Objeto del Contrato	Suministro de material de osteosíntesis representado en los productos de SIORA SURGICALS PRIVATE LIMITED y ECO-SINTESIS COLOMBIA SAS, de acuerdo con los requerimientos de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente Paúl De Garzón Huila.
Fecha de Suscripción del Contrato(DD/MM/AAA)	06/02/2026
Plazo de Ejecución del Contrato	Tres (03) Meses
Fecha de Iniciación del Contrato: (DD/MM/AAAA)	12/02/2026.
Fecha de Terminación del Contrato: (DD/MM/AAAA)	11/05/2026.
Valor del Contrato (En letras y números):	Trescientos millones de pesos (\$300.000.000,00) M/cte.
Nombres y apellidos del Supervisor o Interventor	PABLO LEON PUENTES QUESADA. MD. Subdirector Científico

Nota: (1) Clase de Contrato (*): 1. Contratos de prestación de servicios de salud; 2. Contrato de prestación de servicios. 3. Contrato de Prestación de Servicios Profesionales. 4. Contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión y/o logístico. 5. Contrato de Suministro. 6. Contrato de Compraventa de bienes y servicios. 7. Contratos de arrendamiento de bienes muebles e inmueble; 8. Contratos de tercerización de servicios; 9. Contratos de concesión, en este último caso se pactará la cláusula de reversión; 10. Contratos Interadministrativos o Convenios suscritos con otras entidades del orden Nacional, Departamental y Municipal; 11. Contratos de empréstitos, leasing, Outsourcing y factoring y 12. Los contratos que se celebren con organismo internacionales, organismos de cooperación, de ayuda para la asistencia técnica-científica y tecnológica. 13. Otros.

Nota (2): Modalidad del contrato (**) 1. Contratación Directa; 2. Selección Simplificada; 3. Convocatoria Pública.

Pág.1/11

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Versión: 04 Vigencia: 30/06/2021

2. CUMPLIMIENTO DEL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

En la ciudad de Garzón Huila, como Supervisor XX o Interventor del contrato en referencia; dejo constancia por medio del presente informe de los avances de las obligaciones contractuales según factura N° **OI – 7076** del año 2025, así

OBLIGACION CONTRACTUAL	CUMPL E	NO CUMPL E	*ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Entregar el material de osteosíntesis de acuerdo con las cantidades, especificaciones y características técnicas establecidas por la E.S.E, en el anexo técnico, el cual hace parte integral del contrato.	X		El contratista cumplió con el objeto del contrato suministrando los materiales de osteosíntesis con las cantidades, especificaciones y características técnicas establecidas por la E.S.E para la cirugía del paciente, HAROL JOSE LOPEZ MONTEALEGRE teniendo en cuenta lo anterior de anexa certificación firmada por el Subdirector Científico con el apoyo de la Agremiación Sindical ASPROSALUD, verificado y certificado por DIANA CRISTINA RUBIANO, quien hace parte de la Agremiación Sindical como apoyo a la Subdirección Científica en el proceso de la central de esterilización de la ESE. Donde certifica que la factura objeto de supervisión cumple con los requisitos de calidad, Y cantidad de los insumos utilizados con el paciente mencionado. Hay que tener en cuenta que el contratista genero por los suministros la respectiva factura electrónica y cumpliendo con lo establecido contractualmente también genero la respectiva nota crédito de la factura motivo de supervisión.
2. Entregar el material de osteosíntesis en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila.	X		El contratista cumple con la entrega del material de osteosíntesis con las cantidades, especificaciones y características técnicas establecidas en las instalaciones del hospital

Pág.2/11

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

			departamental san Vicente de paúl. Con base en lo anterior la ESE recibió del material solicitado mediante Comprobante de Entrada No. 24731
3. Establecer de manera coordinada con el supervisor del contrato, el procedimiento para la entrega del material de osteosíntesis objeto del Contrato, dejando constancia de la entrega, ingreso al almacén y recibo a satisfacción mediante la correspondiente acta.	X		El contratista coordino con la supervisión del contrato, la entrega de los productos, dejando constancia de la entrega e ingreso al almacén, documento que se anexa al presente informe de supervisión formando parte integral del mismo.
4. Garantizar que cada uno de los productos a entregar tengan fecha de vencimiento superior a veinticuatro (24) meses a partir de del momento en que el Hospital reciba el material. Además, estos deben contar con el registro sanitario vigente y deben cumplir con las demás especificaciones técnicas y legales de presentación, empaque y condiciones de almacenamiento previo a la entrega.	X		El contratista cumple con la entrega del material de osteosíntesis en estado original de su empaque primario rótulos e instrucciones recibidas a satisfacción.
5. El empaque del material de osteosíntesis ofrecido debe ser original de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles y con las instrucciones de uso y manejo. Es requisito para la entrega de los insumos y recepción a satisfacción de todos y cada uno de los materiales de osteosíntesis.	X		El contratista cumple con las buenas prácticas de manufacturas y las normas vigentes en materia de los materiales de osteosíntesis.
6. Presentar certificado de buenas prácticas de manufactura expedido por el INVIMA, por el	X		El contratista cumple con las buenas prácticas de manufacturas y las normas vigentes en materia de los materiales de

Pág.3/11

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5		Código: A2FO1054
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Versión: 04
			Vigencia: 30/06/2021

fabricante del material de osteosíntesis ofrecidos, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, así como cumplir con los mecanismos de control de calidad y las normas legales y reglamentarias vigentes en la materia.			osteosíntesis. El contratista cumplió cabalmente con el suministro de los registros sanitarios en el proceso de selección requerido por la E.S.E.
7. Garantizar la calidad del material del empaque, el cual debe ser adecuado para proteger el material de osteosíntesis en las condiciones extremas de la temperatura y humedad, así como durante el transporte, almacenamiento y uso del producto. Es requisito para la entrega y recepción a satisfacción del material de osteosíntesis.	X		El contratista garantiza la calidad del material del empaque, el cual debe ser adecuado para proteger el material de osteosíntesis en las condiciones extremas de la temperatura y humedad
8. Presentar el registro sanitario expedido por el INVIMA del material de osteosíntesis objeto del contrato, de acuerdo con la normatividad sanitaria legal vigente.	X		El contratista cumple con las buenas prácticas de manufacturas y las normas vigentes en materia de los materiales de osteosíntesis. El contratista cumplió cabalmente con el suministro de los registros sanitarios en el proceso de selección requerido por la E.S.E
9. Asumir los costos de transporte y entrega del material de osteosíntesis. De ninguna manera se generará costo adicional a la entidad por concepto de la entrega de los elementos requeridos.	X		El contratista cumplió cabalmente con el suministro del material de osteosíntesis requerido por la E.S.E. sin costo de transporte y entrega.
10. Reemplazar, dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento de cambio, los artículos que al momento de ser utilizados presenten mala calidad, por material de	X		Hasta la fecha no se han presentado inconvenientes con el suministro de los elementos objeto del contrato en mención. Pero ante cualquier inquietud de manera inmediata el contratista está presto a realizar cualquier requerimiento

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

osteosíntesis que garantice su utilización.			que el centro asistencial tenga que efectuar.
11. Cumplir con los protocolos de bioseguridad para la entrega del suministro			El contratista cumplió con todos los protocolos de bioseguridad en la entrega del suministro.
12. Durante el plazo de ejecución del Contrato, el Contratista deberá mantener los precios ofertados; siempre y cuando no existan circunstancias que afecten gravemente los precios del mercado.	X		El contratista cumple con lo establecido en la presente obligación.
13. No se aceptarán condiciones, ni políticas internas del CONTRATISTA para cambios de insumos por próximos vencimientos distintas a las pactadas.	X		Hasta la presenta no se ha requerido lo establecido en la presente obligación.
14. El proveedor se obliga a que, una vez recibida la solicitud de pedido, tendrá un plazo máximo de dos (2) horas para informar al área de almacén la disponibilidad del producto o en su debido caso el informe de productos que el proveedor tenga en backorder o no disponibilidad.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
15. El contratista debe realizar monitoreo constante de los productos facturados en procura de observar oportunamente aquellos de baja rotación y próximos a vencer, para iniciar el proceso correspondiente.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
16. Mantener vigente la carta de autorización para la distribución de la marca fabricante durante la ejecución del contrato.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
17. Aplicar las condiciones de garantía expresados en su portafolio de servicios, al igual	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.

Pág.5/11

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5		Código: A2FO1054
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Versión: 04
			Vigencia: 30/06/2021

que mantener y respetar las condiciones comerciales señaladas en la propuesta.			
18. Si se presenta pérdida y averías o daño en los productos objeto del contrato, o en su material de empaque primario durante el transporte y que pudiera desencadenar durante la recepción técnica un defecto crítico del producto según tabla militar estándar NTC-ISO 2859-1, el proveedor responde por los daños o perjuicios que de ello se deriven, en estos casos, el hospital notificará en un plazo máximo de cinco (5) días posteriores a la entrega del producto en el hospital y el proveedor deberá establecer en cinco (5) días la nota crédito o efectuar la reposición por el valor total de los productos notificados. Es de aclarar que cuando el defecto o el daño sea imputable al hospital, el proveedor no se encuentra obligado al cambio.	X		No se ha requerido.
19. Si el Hospital al momento de realizar la recepción técnica, evidencia que las cantidades de los productos no están completos, es decir, que se encuentra un faltante con respecto a lo que el proveedor facturó, errores en su facturación, el hospital informará dentro de las siguientes 24 horas de recibida la mercancía y el proveedor deberá hacer	X		El contratista cumplió con dicha obligación suministrando los materiales de osteosíntesis con las cantidades, especificaciones y características técnicas establecidas por la E.S.E para la cirugía del paciente HAROL JOSE LOPEZ MONTEALEGRE , teniendo en cuenta lo anterior de anexa certificación firmada por el Subdirector Científico con el apoyo de la Agremiación Sindical ASPROSALUD, verificado y certificado por DIANA CRISTINA RUBIANO, quien hace parte de la Agremiación Sindical como apoyo a la Subdirección Científica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

reposición del producto o nota crédito.			en el proceso de la central de esterilización de la ESE. Donde certifica que la factura objeto de supervisión cumple con los requisitos de calidad, Y cantidad de los insumos utilizados con el paciente mencionado. Hay que tener en cuenta que el contratista genero por los suministros la respectiva factura electrónica y cumpliendo con lo establecido contractualmente también genero la respectiva nota crédito de la factura motivo de supervisión.
20. El proveedor no podrá suspender, ceder, retrasar o cancelar las entregas por motivos de empaques o presentación de estos, vacaciones colectivas, producción, baja oferta, baja demanda, escasez en el mercado. En los casos en que el motivo sea la no producción y/o escasez en el mercado; el proveedor deberá presentar una certificación emitida por las autoridades sanitarias competentes.	X		Obligación hasta la fecha cumplida.
21. Ejecutar las demás obligaciones inherentes al objeto contractual.	X		Obligación hasta la fecha cumplida.
22. Reconocer el valor notificado como objeción reiterada por concepto de mayor valor cobrado en material de osteosíntesis.	X		Obligación hasta la fecha cumplida.
23. El contratista enviará las cotizaciones sobre los productos de la marca autorizada para su comercialización.			
24. El contratista podrá estipular los descuentos propuestos a que haya lugar.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

25. El proveedor dentro de las 2 horas siguientes enviara dicha cotización, será validada en su totalidad y se tendrá en cuenta para ello el de menor valor, disponibilidad inmediata, disponibilidad del instrumentalizador, asimismo el supervisor autorizara cada procedimiento una vez se cumplan todas las características descritas.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
26. El proveedor deberá describir si los productos cotizados son de Titanio o Acero. Se tendrá en cuenta el valor diferencial, seleccionando el de titanio si la diferencia en costo no es significativa.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
27. Garantizar las especificaciones técnicas de la factura que hace referencia del producto.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
28. Una vez definida la casa comercial, se tendrá en cuenta un máximo de 48 horas para la programación y realización del procedimiento quirúrgico del paciente en caso de que el material requerido no se encuentre dentro de la Institución.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
29. En el evento de no tener disponibilidad de un producto el proveedor deberá dar respuesta inmediata a través de correo electrónico.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
30. Constituir y entregar las pólizas requeridas en el contrato.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.
31. Realizar el pago de impuestos que haya lugar.	X		El contratista ha cumplido con dicha obligación contractual.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

***Observación:** Al diligenciar la presente columna, identificar e individualizar de manera concreta, acertada y numerada cada una de las actividades desarrolladas por el contratista en ejecución de cada una de las obligaciones contractuales, sin limitar el contenido a expresar el solo cumplimiento del objeto u obligación contractual.

3. CONCEPTO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO.

Cumplimiento del objeto del contrato durante el término del mismo.	El contratista cumple cabalmente con el objeto del presente contrato SI __XX__ o NO ____	
Evaluación y concepto de aprobación o rechazo de las obras o de los servicios o de la calidad y cantidad de los productos parciales y/o finales obtenidos.	La supervisión o interventora hace constar que el producto y/o servicio objeto de este contrato, ha sido entregado por el contratista y recibido por la interventora o supervisión a entera satisfacción, cumpliendo cabalmente lo estipulado en las obligaciones contractuales. Aprobado __XX__ o Rechazado ____	
Evaluación de eficiencia, calidad y oportunidad. En una escala de 1 a 5, en donde 1: es muy malo, 2: malo, 3: Regular, 4: Bueno, y 5: muy bueno, identifique el grado de cumplimiento, en términos de eficiencia, calidad y oportunidad en la ejecución del contrato.	Eficiencia:	4
	Calidad:	4
	Oportunidad:	4
Identificación de las posibles dificultades en la ejecución del contrato y en la obtención de los productos esperados.	No se identificaron	
Recomendaciones para la adopción de medidas necesarias para evitar o corregir desviaciones que afecten la ejecución del objeto del contrato.	No se efectuaron	

El recibo del objeto del presente contrato por parte de la supervisión e interventoría, no exime al contratista de su responsabilidad y de las obligaciones a que hace referencia el citado contrato.

Para efectos del pago correspondiente, se debe tener en cuenta lo siguiente:

4. SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO.

Valor total del Contrato (en letras y números):	Trescientos millones de pesos (\$300.000.000,00) M/cte.
---	---

Pág.9/11

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

Valor pagado en calidad de anticipo o pago anticipado (en letras y números):	Cero Pesos (\$00.00) M/cte.
Valor pagado o causado a la Fecha (en letras y números):	Cero Pesos (\$00.00) M/cte.
Numero de factura o documento equivalente a pagar o causar del periodo certificado	Ol-7076 NC 1 - 1778
Valor a pagar y/o causar del periodo certificado (en letras y números):	Cinco millones, cuatrocientos veintiún mil, quinientos pesos (\$5.421.500,00) M/cte.
Amortización del anticipo (en letras y números)	Cero Pesos (\$00.00) M/cte.
Descuentos realizados durante el periodo certificado (en letras y números)	Un millón, ochenta y cuatro mil, trescientos pesos (\$1.084.300,00) M/cte.
Valor neto a pagar y/o causar del periodo certificado (en letras y números):	Cuatro millones, trescientos treinta y siete mil, doscientos pesos (\$4.337.200,00) M/cte.
Saldo por ejecutar del contrato (en letras y números):	Doscientos noventa y cinco millones, seiscientos sesenta y dos mil, ochocientos pesos (\$295.662.800,00) M/cte.
Saldo a favor de la E.S.E. o del Contratista, al momento de la terminación del contrato (en letras y números):	

Observaciones: En el evento que pacte en el contrato anticipos o pagos anticipados, el supervisor o interventor deberá tener en cuenta al momento de definir el valor neto a pagar o causar en el periodo certificado, las amortizaciones a que haya lugar de los anticipos o pagos anticipados, según lo pactado en el contrato.

5. CERTIFICACIONES Y CONSTANCIAS.

1). La supervisión o Interventoría hace constar que el contratista cumple con sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, riesgos profesionales y Parafiscales (sí es del caso), así como los pagos por concepto de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones (Si hubiere lugar a ello). SI __XX__ o NO __.

2. Que la cobertura en tiempo y valor de los amparos de las garantías de cumplimiento, se encuentra ajustada a lo pactado en el contrato. SI __XX__ o NO __ N.A. ____

6. ANEXOS.

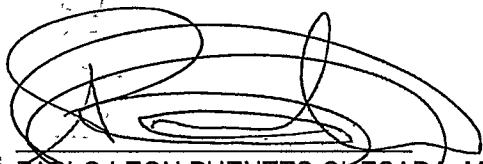
Según naturaleza del contrato el Supervisor o Interventor exige al contratista documentación soporte de verificación de cumplimiento del contrato, los cuales, hacen parte del informe de supervisión o de Interventoría.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: A2FO1054
		Versión: 04
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Vigencia: 30/06/2021

En el presente informe de supervisión se anexa los siguientes documentos como soportes de cumplimiento del contrato:

- Certificación de cumplimiento de los parámetros y requisitos tanto en calidades, cantidades y precios facturados.
- Comprobante de entrada No. **24731**
- Factura No. **01-7076**
- Nota Crédito **NC 1 -1778**
- Soporte Cancelación Seguridad Social.
- Certificación de cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, sobre los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales.
- Cuadro de control económico del contrato

Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe de supervisión o interventoría bajo mi responsabilidad expresa, a los cinco (5) días del mes de marzo del año 2026.



PABLO LEON PUENTES QUESADA. MD.
CC No. 19.383.534 de Bogotá
Subdirector Científico
Supervisor del Contrato

Documento Elaborado Por: Jenny A. Rojas Garcés
Agremiación Sindical Proad-salud
Apoyo subdirección científica