70 – 40

Pereira, 07 de mayo de 2026

Doctora
ERIKA JASMIN GIRALDO RENDON
Profesional Líder
Oficina de Supervisión Técnica e Interventoría
Hospital Universitario San Jorge
Ciudad

ASUNTO: Entrega cuentas proveedores contrato

Cordial Saludo,

Adjunto a la presente, me permito hacer entrega de las facturas de proveedores recibidas en el mes de abril de 2026

AMAREY NOVA MEDICAL S.A. CONTRATO 250-2026			
FECHA	FACTURA	C.E.	VALOR
17/04/2026	AFE 68845	92219	$ 24.193.840
	VALOR TOTAL EJECUTADO		$ 24.193.840

Cualquier observación al respecto, favor hacerla conocer

Cordialmente,

JOSE RAMIRO MONSALVE CASTAÑO
Profesional Universitario Compras

Anexo: 11 Folios

Vº. Bº Gerencia

Revisado 27-02-2026

Hospital Universitario San Jorge Pereira	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA				
	CERTIFICACION OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
FECHA	6/05/2026	NIT:		800.250.382-2	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.				
OBJETO:					
Suministro de Medicamentos, indispensables para garantizar la atención de los pacientes en los diferentes servicios de la E.S.E. HUSJ de Pereira					
ACTA No. 04	FECHA INICIO	16/02/2026	FECHA FINALIZ.	15/08/2026	
TIPO DE CONTRATO	Suministro		CONTRATO No.	250-2026	
VALOR INICIAL	$ 170.000.000		ADICIÓN	$ 0	
MODIFICACION			VALOR FINAL	$ 170.000.000	

Verificación y evidencias del cumplimiento de las obligaciones realizadas asociadas al contrato.
Marque con una equis (x) la casilla según corresponda

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. El contratista únicamente debe hacer tramite de pedido que envie uno de los funcionarios del área de compras, vía correo electrónico con visto bueno del jefe del área.	X			
2. Entregar a la E.S.E. la factura con los documentos anexos (Cedula del Contador o revisor Fiscal, Tarjeta Profesional del Contador o Revisor Fiscal, Certificado Junta Central de Contadores, del Contador o Revisor Fiscal y planilla pago seguridad social del mes en curso) y la cantidad de insumos requeridos únicamente en el almacén general de la E.S.E ubicado en la carrera 3ra con calle 26 esquina, hospital san Jorge Pereira, Risaralda Colombia.	X			
3. Garantizar la disponibilidad y entrega de los Medicamentos, en un término no superior a Cuatro (4) dias hábiles a la solicitud o al pedido por parte del supervisor	X			
4. Cumplir con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales establecidas en los estudios previos y presentados en la propuesta	X			
5. Suministrar otro tipo de Insumos cuando la E.S.E lo requiera y tengan disponibilidad del mismo y que este en capacidad de proveer en forma adicional, con justificación del área asistencial y compras, previa consulta de precios de mercado por parte del área de compras.	X			
6. Realizar cambios de mercancía por mal estado de los insumos y/o mal empaque.	X			
7. Garantizar a la E.S.E. que el medio de transporte empleado para los insumos, sea el apropiado, seguro y oportuno.	X			
8. Constituir oportunamente las pólizas pactadas en el contrato	X			
9. Mantener el valor de la propuesta económica durante la vigencia del contrato, dos (02) meses	X			
10. Notificar de manera oportuna con diez (10) días de anticipación cuando se trate el agotamiento o posible no entrega de los mismos y como mínimo un plazo de tres (3) días.	X			

RELACION DE FACTURAS CANCELADAS DEL CONTRATO

FECHA	FACTURA	C.E.	VALOR
17/04/2026	AFE 68845	92219	$ 24.193.840
		VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 24.193.840

OBSERVACIONES GENERALES

Así las cosas, me permito manifestar que el contratista ejecutó el contrato, cumpliendo con cada de una de sus obligaciones garantizando calidad y oportunidad en el servicio, respondiendo de manera satisfactoria a los requerimientos de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA. El contratista cumplió a entera satisfacción con el objeto del contrato.

NOMBRE DEL SUPERVISOR TÉCNICO	JOSE RAMIRO MONSALVE CASTAÑO
FIRMA	

7807

Fecha Actual : viernes, 17 abril 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

NIT: 800231235

COMPROBANTE DE ENTRADA Nº 00000000092219

PROVEEDOR:	AMAREY NOVA-MEDICAL S.A	NIT:	800250382
CIUDAD:	SANTAFE DE BOGOTA D.C.-USAQUEN (SANTA FE DE BOGOTA D.C.)	ESTADO:	Confirmado
DIRECCION:	TV 23 93 23 BRR CHICO	TELEFONO:	6461046
No FACTURA y/o DOCUMENTO SOPORTE:	AFE68845	FECHA FACTURA:	17/04/2026 12:00 a. m.
ALMACEN:	ALMACEN GENERAL	% ICA:	0.0000
PLAZO:	30	FECHA CONFIRMACION:	viernes, 17 de abril de 2026

CODIGO	NOMBRE	PRESENTA	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
15180104198	INMUNOGLOBULINA G ENRIQUECIDA CON INMUNOGLOBULINA N Y A AL 5% INY 50 M (PENTAGLOBIN) (R)	AMPOLLAS	10,00	$2.419.384,00	$24.193.840,00	0,00	0,00
	15180104198 C160015P01 30/12/2026 12:00:00 a. m.						

TOTAL COMPROBANTE: VEINTICUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DETALLE:	RETE FUENTE:	$ 0,00
Concepto: AMAREY CONT 250 (RP 431) MEDICAMENTOS		

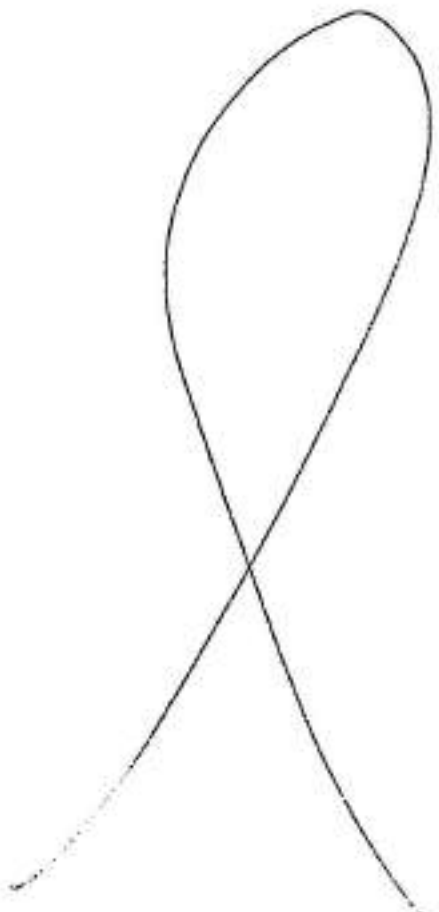
SUBTOTAL:	$24.193.840,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$24.193.840,00

JESUS NICOLAS AYERBE GUARNIZO		
ELABORÓ	ORDENÓ	APROBÓ

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

VERSION DE DEMOSTRACIÓN - USO NO COMERCIAL, Favor Comunicarse Con Sistemas y Asesorias de Colombia.

REMISION DE ENTRADA



GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

AFE68845

CUFE: b0c996a9933f3a96c67cd6b14015fc779f6347a16a61ced6f6355ec528dfcd4b97e1235235663a4c887cbf84a40d1ef4

AMAREY NOVA MEDICAL S. A.
Nit: 800250382-2
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764091048598 del 2025-03-26 a 2027-03-26 Autorizada del AFE-40001 al AFE-100000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 000200 del 27 de Dic de 2024 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN 029334

Cliente: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RSITARIO SAN JORGE**

NIt: **800231235-7** Ciudad: **PEREIRA**
Dirección: **CR 4 24 88**

Tel / Cel: **3356333**
Destinatario: **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO/CR 4 24 88**

Dirección Destinatario:
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO/CR 4 24 88

Informativo:
Cod Cliente: **0100000995**
E-mail:
GERENTE@HUSJ.GOV.CO

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición
2026-04-17 16:28:03-05:00

Fecha de Vencimiento
2026-07-16

Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
Consignación bancaria

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CTO 250-2026** | No. Caso: **42084** | Documento Entrega: **0080133858** | Documento Interno: **1A00068655**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	648050072	PENTAGLOBIN 5% X 50 ML 2.5G SOL. INF. IV INVIMA 2021INB-012811-R3, 43789-2, J06BA02, VIGENTE, .	C146015P01	2026-12-31	10	2,419,384.00		24,193,840.00

2 a 8°C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
ALMACÉN GENERAL
RECIBIDO POR:
Miguel Ospina
17-04-26
4:50

Valor en Letras: VEINTE Y CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS MICHE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: 1

Subtotal	24,193,840.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	24,193,840.00
Valor Total	24,193,840.00

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novaxcenta S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de entablar una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizo para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
Nit. 800.250.382-2
J 64/FGO
Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

Importante: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

Bogotá D.C. 17. Abril 2026,

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RSITARIO SAN JORGE
Departamento de Compras
Ciudad

Por medio de la presente nos comprometemos a recibir en devolución el producto relacionado en el documento No. AFE68845 si este no es consumido antes de la fecha de su vencimiento:

PRODUCTO	CANTIDAD	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
PENTAGLOBIN 5% X 50 ML 2.5G SOL. INF. IV	10	C146015P01	31.12.2026

En el caso de que el producto no haya sido consumido y llegue a su caducidad, aceptamos la devolución hasta máximo 15 dias después de la fecha de vencimiento para así poder efectuar el cambio del producto. sujeto a condiciones y disponibilidad de inventario.

Sin otro particular y agradeciendo su colaboración.

Adriana Benito
Jefe Centro Integral de Atención al Cliente/CIAC
Grupo Amarey Nova Medical

5

SOLICITUD DE REFUERZO PENTAGLOBIN ABRIL 2026

De: ANGELICA PACHECO ROBLES
medicamentos.compras@husj.gov.co
Para: MARIA ANGELICA PAEZ SIERRA
MARIA.PAEZ@grupoamarey.com
Cc: ADMINISTRATIVO ALMACEN
administrativoalmacen@husj.gov.co,
JEFE ALMACEN
jefealmacen@husj.gov.co
Enviado: viernes, 17 de abril, 9:58 a.m.

Este mensaje fue enviado fuera del Grupo Amarey. Si no conoce el remitente, no abra ni descargue ningún enlace o archivo.

Buenos días

Se solicita por favor el siguiente medicamento:

CODIGO	PRODUCTO	PEDIDO DEFINITIVO	PRECIO	LABORATORIO	VR TOTAL
15180104198	INMUNOGLOBULINA G ENRIQUECIDA CON INMUNOGLOBULINA N Y A AL SN INY 50 M (PENTAGLOBIN) *	10	$ 2.419.384	BIOTEST	$ 24.193.840

Muchas Gracias
ANGELICA PACHECO ROBLES
Compras y suministros HUSJ
TEL: 606 3169024 EXT.720

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA															CÓDIGO: ADT39F-FR12 VERSIÓN: 9.0 FECHA: 21-05-2024 PÁGINA: 1 DE 1
	RECEPCIÓN TECNICA DE PRODUCTOS SERVICIO FARMACEUTICO Y ALMACEN GENERAL															
Subalmacén-Centro de costos:					TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	Factura No.	AFE68845									Préstamo de mercancía oladelica.net No:
FECHA:	20/04/2026	HORA:	8:00			Remisión No.										
PROVEEDOR:	GRUPO AMAREY SA					Entrego productos por externos										Recepcionado por:
NIT (obligatorio):	800250382	DONACIÓN DE PRODUCTO : SI__ No__x				Préstamo IPS										MIGUEL OSPINA
Convenciones: C: Cumple; NC: No Cumple; N/A: No Aplica; N: No; S: Si ; Acepto: A ; Rechazo : R						Aprobado por: [TRF-QF]										JESSICA LOPEZ
DESCRIPCION PRODUCTO (principio (s) activo (s) , concentración, dispositivo médico y reactivo diagnóstico e Insumo)		Descripción Comercial (marca)	Laboratorio Fabricante/ titular registro sanitario	Presentación Comercial	Registro Sanitario INVIMA	Lote	Fecha de Vencimiento	Cantidad Recibida (unidades)	Sellos y bandas de seguridad	Cadena de frio/Olores	Integridad de Etiqueta y rotulos	Integridad Embalaje primario y	Acepta	Rechaza		
INMUNOGLOBULINA ENRIQUECIDA AL 5 % PENTAGLOBIN		INMUNOGLOBULINA ENRIQUECIDA AL 5 % PENTAGLOBIN	BIOTEST	AMPOLLA	2021MB-012811R3	C146015P01	31/12/2026	10	C	C	C	C	C	N/A		

• Verificación en la página Web. Registro Sanitario INVIMA :_____SI_____ • Temperatura de Recepción Cadena de Frio: _____2,4_____

• Cantidad de unidades muestreadas (en caso de aplicar) : _____ •TOTAL PRODUCTOS RECIBIDOS : _____

• Novedades asociadas a la calidad: Defectos , roturas, contenido no declarado del producto, estado de etiqueta, ausencia de bandas y sello de seguridad, accesorios, carencia de documentación (Resolución de agotamiento de lotes, permiso de comercialización, , ficha técnica, inserto). : especifique cuál? _____N/A_____

otros:_____N/A_____

• Devolución de producto (marque con una x) : Si___ No__X_ NA_X_ Motivos: _____N/A_____

• Autorización y aceptación de producto próximo a vencer Si___ No___ NA X__ •Cuenta con documento de compromiso de devolución por el proveedor Si___ No_X__ NA__ •Producto recibido se relaciona con un pago de préstamo (IPS-operador logistico) Si___ No___ NA _X_ Quien:_____

• Nombre de externo-proveedor que paga el préstamo de producto: _____N/A_____ Responsable autorizar donación de producto:_____N/A_____

GRUPO Amarey

Bogotá, 10 de abril 2026

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** identificada con **NIT 800.250.382-2** de acuerdo con la revisión efectuada a los formularios de auto liquidación de aportes y a los pagos correspondientes, de conformidad con normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia.

CERTIFICA QUE:

1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riegos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar correspondientes a los últimos seis (6) meses (octubre de 2025 a marzo de 2026) y el aporte a salud correspondiente al período (noviembre de 2025 a abril de 2026).

2. La compañía ha tenido en cuenta los plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales respectivamente, establecidos en el Decreto 1990 de 2016, entendiendo los aportes parafiscales correspondientes a: Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA; en cumplimiento y de conformidad con el DUR 780 de 2016.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y a solicitud de la administración de la compañía.

A la fecha de expedición del presente documento no conozco, ni se me ha informado de hechos económicos que cambien o afecten la información certificada.

Cordialmente,

Firma: _____

JANNETH RODRIGUEZ CADENA
REVISOR FISCAL
QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS
T.P. No.48.166-T

Simple

Información de la Planilla Guardada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha Creación Informe	2026-04-07, 4:16:11 PM
Fecha Guardada	2026-04-07, 02:33:22 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	AMAREY NOVA MEDICAL SA
NIT	NI 900230392
Código Sucursal (Nombre)	01 (AMAREY NOVA MEDICAL S A II)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081057845
Tipo de Planilla	E
Valor	$ 854.596.900

Nit	Código	Administradora	Afiliados	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
N800224808	230301	PORVENIR	114	$ 109.386.800	$ 0	$ 109.386.800
N800229739	230201	PROTECCION	45	$ 42.410.900	$ 0	$ 42.410.900
N800256004	25-14	COLPENSIONES	121	$ 240.088.700	$ 0	$ 240.088.700
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	37	$ 45.378.200	$ 0	$ 45.378.200
N800253005	230301	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	6	$ 17.500.400	$ 0	$ 17.500.400
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.990.900	$ 0	$ 2.990.900
N800088354	EPS040	EPS-S MUTUAL SER	1	$ 617.700	$ 0	$ 617.700
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	124	$ 85.204.900	$ 0	$ 85.204.900
N830003564	EPS017	FAMISANAR	21	$ 3.376.900	$ 0	$ 3.376.900
N805001157	EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S	1	$ 975.900	$ 0	$ 975.900
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	23	$ 39.417.400	$ 0	$ 39.417.400
N890303093	EPS012	COMFENALCO VALLE EPS	1	$ 645.000	$ 0	$ 645.000
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	29	$ 10.836.900	$ 0	$ 10.836.900
N900156264	EPS041	CMRC RECA FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	1	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
N800088702	EPS010	EPS SURA	69	$ 30.105.000	$ 0	$ 30.105.000
N900226372	EPS034	RECAUDO FOSYGA CAPITAL SALUD	1	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
N891563761	CCFC33	FAMILIAR DE COLOMBIA	1	$ 49.100	$ 0	$ 49.100
N860000942	EPS008	COMFENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	54	$ 20.874.000	$ 0	$ 20.874.000
N800220178	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	336	$ 33.578.800	$ 0	$ 33.578.800
N860490110	CCF03	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SANTANDER	1	$ 803.300	$ 0	$ 803.300
N800101994	CCF07	COMFAMILIAR ATLANTICO	11	$ 3.939.000	$ 0	$ 3.939.000
N891080005	CCF16	COMFACOR	1	$ 520.200	$ 0	$ 520.200
N892399993	CCF15	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CESAR	1	$ 87.800	$ 0	$ 87.800
N860600061	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	28	$ 10.235.100	$ 0	$ 10.235.100
N860500675	CCF39	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENT	1	$ 678.700	$ 0	$ 678.700
N890300208	CCF07	COMFAMA	21	$ 8.458.400	$ 0	$ 8.458.400
N891280008	CCF35	CCF DE NARIÑO	2	$ 1.249.000	$ 0	$ 1.249.000
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	232	$ 72.692.900	$ 0	$ 72.692.900
N891480000	CCF44	COMFAMILIAR RISARALDA	22	$ 6.217.200	$ 0	$ 6.217.200
N891800213	CCF10	COMFAMA/P	1	$ 885.600	$ 0	$ 885.600
N890000261	CCF43	COMFENALCO QUINDIO	1	$ 221.600	$ 0	$ 221.600
N891180008	CCF32	COMFAMILIAR DEL HUILA	2	$ 992.700	$ 0	$ 992.700
N890201578	CCF40	COMFENALCO	4	$ 1.337.700	$ 0	$ 1.337.700
N890700148	CCF50	COMFENALCO-TOLIMA	2	$ 1.048.500	$ 0	$ 1.048.500
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	45	$ 21.450.000	$ 0	$ 21.450.000
N899999239	PAICBF	ICBF	45	$ 32.173.500	$ 0	$ 32.173.500
		SubTotales:		$ 854.596.900	$ 0	
		Total a Pagar:				$ 854.596.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5548577 - Medellín: 604 5146668 - Bucaramanga: 607 6439000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402002 - Barranquilla: 605 3616660 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN.INTERESE

Que el contador público **JANNETH RODRIGUEZ CADENA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52009155 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 48166-T Sí tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
49166-T
JANNETH
RODRIGUEZ CADENA
C.C.
RESOLUCION INSCRIPCION 71
FECHA 27/05/95
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA


FIRMA DEL TITULAR
Este tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores
003332


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52009155
RODRIGUEZ CADENA
JANNETH


FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL