



ACTA DE SUPERVISIÓN

Página: 1 de 1  
Código: TH-FO-83  
Versión: 02  
Vigente a partir de:  
Noviembre 04 de 2019

SUMINISTROS / SERVICIO FARMACEUTICO

ACTA DE SUPERVISION No. 02

CONTRATO DE SUMINISTRO No 0055 DE 2026

CONTRATISTA: DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S		NIT. 900.332.426-3	
SUPERVISOR: MARIA CECILIA CUESTA TOVAR		CARGO: PU- QF DE LA SALUD	
FECHA INICIACIÓN: 21 DE ABRIL DE 2026		VIGENCIA: 254 DÍAS	
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 DE DICIEMBRE DE 2026			
VALOR CONTRATO	\$ 393.245.454	CDP: 1156	RP:1724

MODIFICATORIO N° 001

VALOR ADICION N°	N/A	CDP ADICION:N/A	RP ADICIÓN: N/A
------------------	-----	-----------------	-----------------

PRORROGA:

FECHA DEL INFORME:	3/06/2026	PERIODO INFORMADO:	01 AL 31 DE MAYO DE 2026
--------------------	-----------	--------------------	--------------------------

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON DESTINO A LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL: El contratista cumple con el objeto contractual, SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON DESTINO A LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS y así dar cumplimiento al objeto del Contrato de Suministro N° 0055 de 2026

RECURSOS UTILIZADOS:N/A

PORCENTAJES: EJECUCION	21%	A EJECUTAR	79%
------------------------	-----	------------	-----

EVIDENCIAS DE LA EJECUCION DEL CONTRATO: Se anexan facturas de venta posterior a las cotizaciones, comprobantes de entrada, factura husda

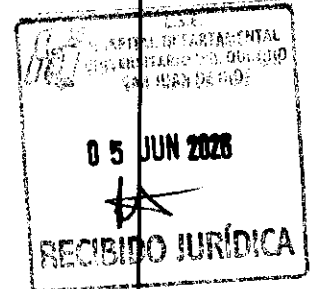
CONCEPTO DEL SUPERVISOR: La ejecución del contrato se ha cumplido a satisfacción

BALANCE FINANCIERO:

Productos Farmaceuticos:

Comprobante de entrada	Fecha recepción	N° Factura	Fecha factura	Valor Factura
AU000000021345	28/05/2026	99919	25/05/2026	\$ 10.009.700,00
TOTAL				\$ 10.009.700,00

CONCILIACION PAGO CONTRATO DE SUMINISTRO N°0055 DE 2026	
VALOR CONTRATO:	\$ 393.245.454,00
PAGO 1	\$ 72.776.270,00
PAGO 2	\$ 10.009.700,00
SUMAS IGUALES	
SALDO X EJECUTAR:	\$ 310.459.484,00
TOTAL EJECUTADO	\$ 82.785.970,00
SUMAS IGUALES	
	\$ 393.245.454,00



APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

SE ADJUNTA DOCUMENTO DEL REVISOR FISCAL DONDE CERTIFICA QUE DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 Y EL ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 SE ENCUENTRAN AL DÍA EN LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL) Y PARAFISCALES (CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, SEHA ICBF) DEL PRESENTE AÑO

IVAN FAJARDO SARMIENTO  
SUBGERENTE ASISTENCIAL

Elabor: Milena Mercedes Jimenez Rojas Aux Administrativa

# ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : jueves, 28 mayo 2026

1/1

## COMPROBANTE ENTRADA

## NºAU000000021345

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA SICMAFARMA SAS NIT: 900332426 FECHA: 28/05/2026 02:48 p.m.  
CIUDAD: COTA (CUNDINAMARCA) ESTADO: Confirmando  
DIRECCION: KM 1 VIA SIBERIA-FUNZA ZONA PERMANENTE INTEXZONA LT5 MONEDA: Pesos  
TELEFONO: 6013560977 TASA CAM: 0,00  
Nº FACTURA: 99919 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 25/05/2026 12:00 a.m.

### Información Presupuestal

Número CDP: 1156

Número RP: 1724

Número Obligación: 6532

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
20019151-04	DIAZEPAN 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE (Alto Riesgo)	AMPOLLA	100,00	\$ 3.757,00	\$ 375.700,00	0,00	0,00
20030910-06	FENTANILO 0.5 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE (Alto Riesgo)	AMPOLLA	1.700,00	\$ 3.090,00	\$ 5.253.000,00	0,00	0,00
20070851-02	MIDAZOLAM 50 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE (Alto Riesgo)	AMPOLLA	200,00	\$ 21.905,00	\$ 4.381.000,00	0,00	0,00

### DETALLE

CON CARGO AL CONTRATO DE SUMINISTROS CS-0055-2026 RP 1724

SUBTOTAL: \$ 10.009.700,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 0,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 0,00

RETE FUENTE: \$ 0,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPRA: \$ 10.009.700,00

### TOTAL COMPROBANTE:

DIEZ MILLONES NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboro

Reviso Liquidacion



02 JUN. 2026

**RECIBIDO:**  
**CONTABILIDAD-PAGOS**



**SICMAFARMA S.A.S**

NIT: 900332426-3

Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA

Tel: (57- 601) 9171717-(57) 316 8786621

pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co

Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.

Autoretenedor de ica en el municipio de COTA Res. 1000.21.1931 del 2024

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**99919**

Fecha Generación: 25-05-2026 14:09:35

Vence: **24-07-2026**

Fecha Expedición:

**CLIENTE: ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS**

**ORDEN DE COMPRA: 2505 - contrato No. 0055-2026**

NIT: 800000118-2

REP DE VENTAS: ARISTIZABAL GONZALEZ DIANA CLEMENCIA

DIRECCIÓN PRINCIPAL: CRA 14 AV BOLIVAR CALLE 17 N

DIRECCIÓN ENTREGA: Carrera 14 Calle 17 norte Armenia

**FORMA DE PAGO: 60 DIAS**

**PLAZO: 60 días**

**Medio de Pago: ACUERDO MUTUO**

**CIUDAD: ARMENIA**

**TELÉFONO: 7493500**

**CIUDAD: ARMENIA**

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CUM IUM ó IDDM	CAJA POR	LOTE	VENCE	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	% DES	% IVA	TOTAL SIN IVA
1	501030010	DIAZEPAM 10mg/2mL Sol. Inyectable, Amp. Auto/Reg. Invima: 2023M-0011621-R2	20019151-7 1D1004291002100	CJX100	26.01.6788	30-01-2029	100.00	3,757	0	0	375,700
2	501049047	FENTANILO 0,5mg/10mL AA-T-C100 Auto/Reg. Invima: 2020M-0002104-R2	19931880-22 1F1002671015102	CJX100	25.10.6595	30-10-2029	1,700.00	3,090	0	0	5,253,000
3	501078039	MIDAZOLAM 50mg/10 mL amp Auto/Reg. Invima: 2024M-0021522	NA 1M1006061002103	CJX100	25.09.6574	30-09-2029	200.00	21,905	0	0	4,381,000

Total N° Items: 3

Total Cantidad:

2,000SUBTOTAL

10,009,700.0

Factura Electrónica 18764081801021 del 85001 al 100000 del 19/10/2024 vigencia de 24 meses

"Esta factura de venta constituye un titulo valor que presta merito ejecutivo de conformidad con la Ley 1231/08 y genera intereses por mora de conformidad con el Art. 884 de C.Co"  
Esta Representación Gráfica cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 000042 del 5 de mayo del 2020 de la DIAN, más los anexos técnicos posterior a ella.

IMPUESTOS		
Impuesto	Base/Imp	Valor
IVA exento	5,253,000.00	0.00
IVA excluido	4,381,000.00	0.00
IVA no gravado	375,700.00	0.00

Valor Descuento

0.0

Total Base Imponible

10,009,700.00

Valor IVA

0.0

Valor ReteIVA

0.00

Valor ReteICA

0.00

Valor ReteFuente

0.00

**VALOR :DIEZ MILLONES NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE**

Total NETO COP

10,009,700.00

**OBSERVACIONES:**

\*\*\*Bienes exentos - Decreto 417 de 2020

"Realice su pago con transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de SICMAFARMA S.A.S. en: Bancolombia cuenta corriente 031-58358105 Banco de Occidente cuenta corriente 285-07291-4"

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del código de comercio). Para todos los efectos legales el artículo 774 del código de comercio, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancías detalladas en este título valor, obligándose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelación después de la fecha de vencimiento causará intereses de mora conforme al Art.884 del código de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.



FIRMA y SELLO SICMAFARMA S.A.S



*[Handwritten Signature]*

FIRMA Y SELLO DE RECIBO DE MERCANCIA

Fecha de recibido:

Sello

Nombre legible:

C.C.

Firma:

CUFE:

ACTIVESOFT - NIT 830.032.435 - 9 / 900.547.051 - 9 www.activesoft.com.co SOFTWARE XIRUX ERP - www.xirux.co OPERADOR TECNOLÓGICO THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS NIT 900390126-6

Elaboró: SICMA011



**SICMAFARMA S.A.S**

NIT: 900332426-3

Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA

Tel: (57- 601) 9171717-(57) 316 8786621

pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co

Responsable de IVA, Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.

Autoretenedor de ica en el municipio de COTA Res. 1000.21.1931 del 2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**99919**

Fecha Generación: 25-05-2026 14:09:35

Vence: **24-07-2026**

Fecha Expedición:

**CLIENTE: ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS**

ORDEN DE COMPRA: 2505 - contrato No. 0055-2026

NIT: 800000118-2

REP DE VENTAS: ARISTIZABAL GONZALEZ DIANA CLEMENCIA

DIRECCIÓN PRINCIPAL: CRA 14 AV BOLIVAR CALLE 17 N

DIRECCIÓN ENTREGA: Carrera 14 Calle 17 norte Armenia

FORMA DE PAGO: 60 DIAS

PLAZO: 60 días

Medio de Pago: ACUERDO MUTUO

CIUDAD: ARMENIA

TELÉFONO: 7493500

CIUDAD: ARMENIA

**POLÍTICAS DE CAMBIO Y DEVOLUCIÓN**

SICMAFARMA S.A.S en el desarrollo de su actividad comercial establece el presente documento, que incluye las políticas que regirán las devoluciones de los medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico e insumos para la salud que comercializamos. Para lo cual se establecen las siguientes políticas y procedimiento a seguir:

1. Nunca envíe la mercancía a nuestras bodegas sin haber realizado el procedimiento indicado en este documento y haber recibido el número de autorización para su ingreso a Zona Franca. Sicmafarma no se responsabilizará de la pérdida de la mercancía o gastos incurridos por el cliente, si no se procede con lo establecido en este documento.
2. La mercancía debe haber sido adquirida directamente a SICMAFARMA S.A.S.
3. No se aceptan productos en mal estado debido al incorrecto almacenamiento o transporte (polvo, humedad, calor, luz solar, entre otros) con envases, empaques o etiquetas deterioradas, decolorados, manchados, sucios, arrugados, averiados, rotos, viejos, con sellos o marcas realizadas después de haber sido adquiridos o con marcas especiales solicitadas por el cliente, con presentaciones comerciales incompletas, con sellos rotos y con cambios de precios.
4. No se acepta la devolución de medicamentos controlados y/o productos que requieran refrigeración y/o cadena de frío para su conservación; debido a que SICMAFARMA no puede garantizar el manejo que se le ha dado al producto una vez entregado al cliente.
5. Si se cumplen todas las políticas anteriores, proceda a revisar a continuación la causal que aplica para su devolución y el concepto de aceptación, tenga en cuenta que se deben cumplir con los tiempos de aviso. Si cumple alguno de los conceptos de aceptación, no se aprobará su devolución. Si cumple el concepto, proceda con el numeral seis (6) de este documento:

CAUSAL	CONCEPTO PARA LA ACEPTACIÓN:
5.1. INCONSISTENCIAS DEL DESPACHO: diferencias entre la solicitud, la orden de compra, la factura y/o despacho, entrega fuera de tiempo.	a. Productos controlados y/o cadena de frío, deben informarse al transportador durante la recepción y devolverse de manera inmediata con este, ya que realizamos entrega inventariada, en caso contrario No se aceptarán. b. Los demás productos deben ser informados máximo 72 h después de recibido el pedido.
5.2. ERROR DEL CLIENTE: Solicitud errada en cantidad, producto o presentación	Debe ser informada máximo 72 h después de recibido el pedido y debe cumplirse con las políticas 1 al 4. No se acepta devolución de medicamentos controlados, ni refrigerados.
5.3. VENCIMIENTO	Solamente se aceptan productos que cuenten con carta de compromiso, siempre y cuando se cumplan los acuerdos pactados en la misma.
5.4. CALIDAD	Procede solamente cuando se determina que la pérdida de la calidad es atribuible al fabricante, y se realiza con la aprobación de la dirección técnica de Sicmafarma.
5.5. FARMACO-TECNO y REACTIVOVIGILANCIA	Procede con el visto bueno de la dirección técnica de Sicmafarma.
5.6. NEGOCIACION	Acuerdo escrito y aprobado por la Gerencia comercial.
5.7. POST-CONSUMO	Productos para destrucción. No procede nota crédito para el cliente.



**SICMAFARMA**  
SPECIALTY PHARMACY

**SICMAFARMA S.A.S**

NIT: 900332426-3

Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA

Tel : (57- 601) 9171717-(57) 316 8786621

pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co

Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.  
Autoretenedor de ica en el municipio de COTA Res. 1000.21.1931 del 2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

99919

Fecha Generación: 25-05-2026 14:09:35

Vence: 24-07-2026

Fecha Expedición:

**CLIENTE: ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS**

NIT: 800000118-2

REP DE VENTAS: ARISTIZABAL GONZALEZ DIANA CLEMENCIA

DIRECCIÓN PRINCIPAL: CRA 14 AV BOLIVAR CALLE 17 N

DIRECCIÓN ENTREGA: Carrera 14 Calle 17 norte Armenia

ORDEN DE COMPRA: 2505 - contrato No. 0055-2026

FORMA DE PAGO: 60 DIAS PLAZO: 60 días

Medio de Pago: ACUERDO MUTUO

CIUDAD: ARMENIA

TELÉFONO: 7493500

CIUDAD: ARMENIA

**5.8. AVERIAS O FALTANTES**

a. *Productos de cadena de frio, controlados o con precios unitarios superiores a \$100.000,00: Se aceptan solo cuando son informados durante la recepción del pedido en la guía de entrega del transportador (dado que la entrega es inventariada).*  
b. *Los demás productos se aceptan cuando son notificados dentro de máximo a las 72 horas de recibida la mercancía.*

**5.9. MUESTRAS TOMADAS POR ENTIDADES OFICIALES**

*Procede únicamente con el soporte del acta de recogida del producto por parte de la entidad oficial, en donde especifique nombre del producto, lote y cantidad.*

*Nota: Los ítems 5.8 y 5.9, sea que generen o no devolución, deben cumplir con los tiempos de información, para que procedan con la nota crédito.*

6. Si cumple con alguna de las causales del numeral anterior, proceda así:
- 6.1. Si recibe mercancía que no corresponde con su pedido u Orden de compra, informe de inmediato al transportador y déjelo registrado en la guía. Devuelva de inmediato con el transportador en caso de que aplique devolución y envíe copia de la guía a los correos [pedidos@sicmafarma.com](mailto:pedidos@sicmafarma.com), [ventas@sicmafarma.com](mailto:ventas@sicmafarma.com) y a su representante comercial.
- 6.2. En cualquier otro caso que cumpla con lo indicado en el ítem 5, diligencie el formato "FR-DT-001 Devolución de productos" y envíelo al correo de su representante comercial y a [ventas@sicmafarma.com](mailto:ventas@sicmafarma.com). No se aceptarán formatos incompletos.
- 6.3. Sicmafarma revisará su solicitud y emitirá el concepto sobre la devolución; si corresponde le notificará un número de autorización con las instrucciones del despacho. Si la causal es "error del cliente, posconsumo, o vencimiento soportado con carta de compromiso", los cargos y coordinación de despacho deben ser asumidos por el cliente. **Tenga en cuenta que nuestra bodega está ubicada en zona franca, y para el ingreso de cualquier mercancía se debe contar con el número de autorización.**
- 6.4. Una vez recibida la devolución física del producto, Sicmafarma emitirá la respuesta y/o nota final, de acuerdo con el estado de la mercancía, en un término máximo de diez (10) días hábiles.
7. En caso de averías y/o muestras tomadas por entidades oficiales que no generen devolución, Sicmafarma le enviará la nota electrónica correspondiente en un término máximo de cinco (5) días hábiles. Recuerde deben cumplir con los plazos de información indicados en el numeral 5.
8. SICMAFARMA S.A.S no acepta notas por devoluciones que no cumplan nuestras Políticas de Devolución o que no sean tramitadas como indica este documento.
9. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por préstamos de productos a menos que estos hayan sido autorizados por escrito por la gerencia comercial de SICMAFARMA.
10. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por acuerdos celebrados con nuestros representantes comerciales, diferentes a las políticas aquí establecidas, a menos que estén autorizadas por escrito por la gerencia comercial o general de Sicmafarma.

**EDUARDO ROBAYO OSORIO**  
CONTADOR PÚBLICO  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito contador público, en su calidad de Revisor Fiscal de **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**

ACTA 2  
CS 055

**CERTIFICA:**

Que **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**, con NIT 900.332.426-3 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de mayo de 2026.

Que **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**, ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de mayo de 2026 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

Que a la fecha se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 13 días del mes de mayo de 2026.

Atentamente,

Firmado digitalmente  
por JESUS EDUARDO  
ROBAYO OSORIO  
Fecha: 2026.05.13  
08:38:36 -05'00'

**JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO**  
Revisor Fiscal Mat. 20218

**EDUARDO ROBAYO OSORIO**  
CONTADOR PÚBLICO  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito contador público, en su calidad de Revisor Fiscal de **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**

**CERTIFICA:**

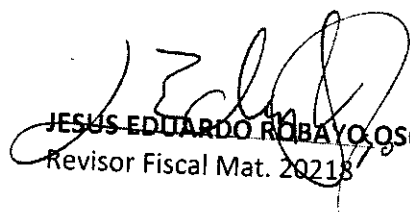
Que **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**, con NIT 900.332.426-3 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de abril de 2026.

Que **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**, ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de abril de 2026 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

Que a la fecha se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 13 días del mes de abril de 2026.

Atentamente,

  
**JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO**  
Revisor Fiscal Mat. 20218