



E.S.E HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA GIRALDO  
NIT: 891982128  
SAN RAFAEL

Código: F-GFP-02  
Versión: 01  
Fecha: 2020/04/13

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 448**

Expedido a los 10 días del mes de Junio de la Vigencia de 2026 responsable del PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

Que en el Presupuesto de la Vigencia Fiscal de 2026 EXISTE DISPONIBILIDAD para

**OBJETO:** FACTURA No. 68708 SUMINISTRO MATERIAL DE LABORATORIO

RUBRO	COD.CPC	VIGENCIA	DESCRIPCION DEL RUBRO	VALOR
2450209930122001	62570	Actual	LABORATORIO	635,464
2450209930122001	62570	Actual	LABORATORIO	302,170

TIPO DOCTO MVTO: D26

TOTAL:

937,634

SON: NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/L

*Espes...*

Subdirectora Administrativa y Financiera

	<b>E.S.E HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA GIRALDO</b> <b>891982128</b> <b>SAN RAFAEL</b>	Código: F-GFP-03 Versión: 01 Fecha: 2020/04/13
--	---	--

**CERTIFICADO DE COMPROMISO PRESUPUESTAL No. 448**

Expedido a los **10** días del mes de Junio de la Vigencia de **2026** responsable del PRESUPUESTO

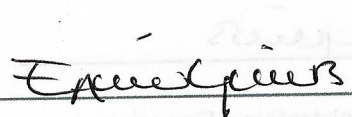
**CERTIFICA**

Que la Vigencia Fiscal de **2026** se ENCUENTRAN REGISTRADOS ESTOS VALORES:

RUBRO	COD.CPC	VIGENCIA	DESCRIPCION DEL RUBRO	VALOR
24502099301220	COMERC	Actual	LABORATORIO	937,634

<b>TOTAL:</b>		<b>937,634</b>
<b>SON: NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/L</b>		
<b>Afectando la Disponibilidad No: D26448</b>	<b>Contrato No:</b>	
<b>A Nombre De: HUMMALAB S.A.S</b>	<b>TIPO DOCTO MVTO: C26</b>	
<b>N.I.T.: 811.028.717</b>	<b>Concepto: FACTURA No. 68708 - 68765 SUMINISTRO MATERIAL DE LABORATORIO</b>	

\_\_\_\_\_  
Gerente

  
\_\_\_\_\_  
Subdirectora Administrativa







**E.S.E. HOSPITAL  
Pbro. Alonso Ma. Giraldo**  
"Primero el ser humano"  
NIT 891.982.128-1  
Actividad Económica: 8810  
Cll 19 # 16b-191 Parque de la Madre, San Rafael - Antioquia  
Teléfono (+57) 4 658 66 12  
Email: hospital@esepresbiteroalonso-santafel.gov.co

**E.S.E. HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA  
GIRALDO  
NIT: 891.982.128-1  
COMPRAS**

**E1 7890**

<b>PROVEEDOR:</b>	HUMMALAB S.A.S	<b>FECHA FACTURA:</b>	Jun.11/2026
<b>NIT:</b>	811.028.717 - 6	<b>FECHA LLEGADA:</b>	Jun.11/2026
<b>DIRECCION:</b>	CALLE 7 SUR No 51A 100	<b>FECHA VENCE:</b>	Jul.11/2026
<b>CONTACTO:</b>		<b>ORDEN DE COMPRA:</b>	O1 7931
<b>TELEFONO:</b>	4445246	<b>FACTURA:</b>	FP 68765
<b>EMAIL:</b>	contacto@hummalab.com	<b>FORMA DE PAGO:</b>	TREINTA DIAS
<b>CIUDAD:</b>	05001		

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENT	LOTE	IVA	CANT.	VALOR UNITARIO	TOTAL
103305166	REACT HIV	UNIDAD	06ADK038 B		1.00	302,170.00	302,170.00
OBSERVACIONES: FAC HUMMA LAB 68765						<b>SUBTOTAL</b>	302,170.00
						<b>FLETES</b>	0.00
						<b>SUBTOTAL</b>	302,170.00
						<b>IVA</b>	0.00
						<b>RETEFUENTE</b>	24,174.00
						<b>RETEICA</b>	0.00
						<b>ASOFRUCOL</b>	0.00
						<b>VR TOTAL</b>	277,996.00

<b>Elaborado:</b>	<b>Contabilizado:</b>
_____	
<b>LILIANA HENAO</b>	
_____	
<b>Jefe Inmediato</b>	





# HUMMALAB S.A.S.

NIT. 811028717 - 6

Régimen Común

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA -  
RESOLUCION N° 202150186360 DICIEMBRE 22  
2021

CALLE 7 SUR 51 A 112 BOD 202 - MEDELLIN



Código N° SC-CER 192621

PBX: 4445246 FAX EXT 105

E-mail: CONTACTO@HUMMALAB.COM

<b>Fecha:</b> Junio 11 de 2026	<b>FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° FE 68765</b>
<b>Cliente:</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA GONZALEZ	<b>Teléfono:</b> 858 66 47
<b>Dirección:</b> CR 29 26 189	<b>NIT/C.C.:</b> 891982128
<b>Dirección Sucursal:</b>	<b>Cod Sucursal:</b>
<b>Ciudad:</b> SAN RAFAEL	
<b>Vendedor:</b> INGRID CAROLINA LEON ALDANA	

<b>Forma de Pago:</b> CREDITO 30 DIAS	<b>Vence:</b> Jul.11/2026	<b>Pedido:</b>
<b>Observaciones:</b> PEDIDO 3 JUNIO		

<b>Incoterms:</b>	<b>TRM:</b> 0.00
<b>Proyecto:</b>	

N°	Código	Venc.	Lote	Detalle	Cant.	Valor Unit.	IVA	Valor Total
1	06FK35		20271130/06ADK038B	HIV/SYPHILIS DUO (LANC +TOALLA IMPREG+CAPILAR)KIT X25	1	302,170.	0.00	302,170.00

R-G Invima: 2024RD-0002590 R2

Total Registros: 1 - Total Cantidad: 1.00

<b>VALOR EN LETRAS:</b> Doscientos Setenta y Cuatro Mil Novecientos Setenta y Cinco pesos con 00 ctvs.	<b>SUBTOTAL:</b> 302,170.00
	<b>IVA:</b> 0.00
	<b>FLETE:</b> 0.00
	<b>RETEFUENTE:</b> 0.00
	<b>RETEIVA:</b> 0.00
	<b>RETEICA:</b> 0.00
	<b>ESTAMPILLAS:</b> 27,195.00
	<b>TOTAL:</b> 274,975.00

FIRMA DE QUIEN ELABORA	NOMBRE CLARO y C.C. DE QUIEN RECIBE	FIRMA DEL COMPRADOR, SELLO, C.C. O NIT
------------------------	-------------------------------------	--

Impreso por: HUMMALAB S.A.S. NIT. 811,028,717 - 6 Artículo 13 Decreto 1165 de 1996  
 RESOLUCION DIAN N° 18764101584671 del 14/11/2025 hasta el 14/11/2026 RANGO: FE 63815 - FE 80000 CONSIGNAR CTA CORRIENTE  
 BANCOLOMBIA # 005-070722-12.  
 SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA

EL NO PAGO OPORTUNO A LOS 30 DÍAS CAUSARÁ INTERESES DE MORA DEACUERDO A LA TASA FIJADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA AL MOMENTO DEL COBRO, SIN PERJUICIO DE QUE HUMMALAB S.A.S. PUEDA DECLARAR VENCIDO E INSUFICIENTE EL PAGO TOTAL, POR INCUMPLIMIENTO DE UNA O MÁS CUOTAS DE CAPITAL O DE INTERESES. ESTA FACTURA SE CONSIDERA ACEPTADA CON LA FIRMA DE LA GUÍA DE LA TRANSPORTADORA POR PARTE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA MERCANCÍA EN EL HOSPITAL, LABORATORIO CLINICO O EMPRESA. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTORETENEDORES.

TAMBIEN AUTORIZO EXPRESAMENTE A HUMMALAB S.A.S. PARA QUE EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA(S) OBLIGACIONE(S), SEA REPORTADO A LA BASE DE DATOS DE FENALCO (PROCREDITO) O A CUALESQUIER OTRO. IGUALMENTE AUTORIZO A HUMMALAB S.A.S. CONFORME A LA LEY 1266 LLEVE A CABO LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES. LA FACTURA SE CONSIDERA IRREVOCABLE ACEPTADA SI PASADOS 10 DIAS DE RECIBIDO DE LA MISMA NO SE DEVUELVE O SE HACE EL RECLAMO POR

CUFE: e991d8285689d546176f238df68bc048b0eb726132a33c491799446757d0c642c626552a61d5891ba17706f1352d2ad





**HOSPITAL**  
Pbro. Alonso Ma. G  
"Primero el ser humano"  
Empresa social del estado San Rafael, Antioquia

**E.S.E HOSPITAL PBRO ALONSO MARIA GIRALDO**

NIT: 891.982.128-1  
CR- 29 # 26-189  
TELEFONOS 8586612

<b>PROVEEDOR:</b> HUMMALAB S.A.S <b>NIT:</b> 811.028.717 - 6 <b>DIRECCION:</b> CALLE 7 SUR No 51A 100 <b>TELEFONO:</b> 4445246 <b>CIUDAD:</b> 05001 <b>FAX:</b>	<b>ORDEN DE COMPRA</b>  No: 01 7.932
<b>CONDICIONES DE PAGO:</b>	<b>FECHA EXPEDICION:</b> Jun.09/2026 <b>FECHA DE ENTREGA:</b> Jun.09/2026

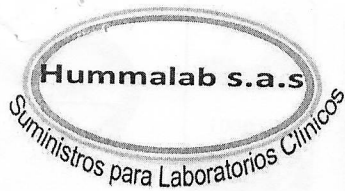
CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	% IVA	VALOR UNITARIO	TOTAL
103308501	LAMINAS PORTA-OBJETOS	10.00	19.00	8,000.00	80,000.00
103306339	HIDROXIDO DE POTASIO 10% (KOH)	1.00	19.00	13,134.00	13,134.00
103305126	DETER PLUS X 3.8 LITROS	1.00	19.00	78,015.00	78,015.00
103305092	REACT. GLUCOSA	1.00		91,941.00	91,941.00
103305070	AGUA DESIONIZADADA V 20 LITROS	2.00	19.00	115,000.00	230,000.00
103305171	GLICEMIA DEXTROSA 75 G	7.00		9,414.00	65,898.00
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>22.00</b>			<b>558,988.00</b>
	<b>DESCUENTO</b>				
	<b>IVA</b>				<b>76,218</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>22.00</b>			<b>635,206.31</b>

<b>Vo. Bo. DIRECCIN ADMINISTRATIVA</b>  <b>Vo. Bo. PRESUPUESTO</b>  <b>ELABORADO: LILIANA HENAO</b>	<b>OBSERVACIONES: FAC HUMMA LAB 68708</b>
---	---









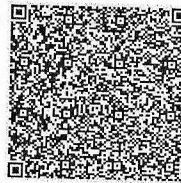
# HUMMALAB S.A.S.

NIT. 811028717 - 6

Régimen Común

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA -  
RESOLUCION N° 202150186360 DICIEMBRE 22  
2021

CALLE 7 SUR 51 A 112 BOD 202 - MEDELLIN



Código N° SC-CER 192621

PBX: 4445246 FAX EXT 105

E-mail: CONTACTO@HUMMALAB.COM

Pag. 1 de 2

**Fecha:** Junio 10 de 2026 **FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° FE 68708**  
**Cliente:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA GONZALEZ **Pedido:** 858 66 47  
**Dirección:** CR 29 26 189 **NIT/C.C.:** 891982128  
**Dirección Sucursal:** **Cod Sucursal:**  
**Ciudad:** SAN RAFAEL  
**Vendedor:** INGRID CAROLINA LEON ALDANA

**Forma de Pago:** CREDITO 30 DIAS **Vence:** Jul.10/2026 **Pedido:** PD-121052  
**Observaciones:** PEDIDO 3 JUNIO

**Incoterms:** **TRM:** 0.00  
**Proyecto:**

N°	Código	Venc. Lote	Detalle	Cant.	Valor Unit.	IVA	Valor Total
1	7105-HMB	20301215/251215	LAMINAS PORTA OBJETO 90 GRADOS ESMERILADAS UN LADO X50 UND BORDE PULIDO LEVEL B SODA <b>R-G Invima:</b> NO REQUIERE	10	8,000.	19.00	80,000.00
2	10280202	202712/25L062	MELITES LIQUIDO 75 GR FRASCO (150 ML) X UNIDAD <b>R-G Invima:</b> 2020M-0010451-R1	7	9,414.	0.00	65,898.00
3	12402001	202802/C260232	HIDROXIDO POTASIO 10% KOH 100ML ALBOR <b>R-G Invima:</b> 2017RD-0000421-R1	1	13,134.	19.00	13,134.00
4	14022007	202901/G260127	DETER PLUS NEUTRO X GALON X 4 LITROS (USO DILUIDO 1.20) <b>R-G Invima:</b> NO REQUIERE	1	78,015.	19.00	78,015.00
5	31001001	202804/60233	GLUCOTEST CAJA X 50 SOBRES X 25 GR MARCA ALBOR <b>R-G Invima:</b> 2020M-0010678-R1	1	91,941.	0.00	91,941.00

VALOR EN LETRAS: pesos con 00 ctvs.

SUBTOTAL:	0.00
IVA:	0.00
FLETE:	0.00
RETEFUENTE:	0.00
RETEIVA:	0.00
RETEICA:	0.00
ESTAMPILLAS:	0.00
TOTAL:	0.00

FIRMA DE QUIEN ELABORA

NOMBRE CLARO y C.C. DE QUIEN RECIBE

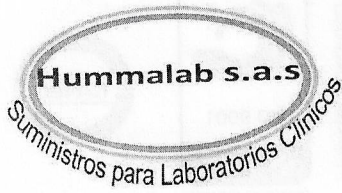
FIRMA DEL COMPRADOR, SELLO, C.C. O NIT

Impreso por: HUMMALAB S.A.S. NIT. 811,028,717 - 6 Artículo 13 Decreto 1165 de 1996  
 RESOLUCION DIAN N° 18764101584671 del 14/11/2025 hasta el 14/11/2026 RANGO: FE 63815 - FE 80000 CONSIGNAR CTA CORRIENTE  
 BANCOLOMBIA # 005-070722-12.  
 SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA

EL NO PAGO OPORTUNO A LOS 30 DÍAS CAUSARÁ INTERESES DE MORA DEACUERDO A LA TASA FIJADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA AL MOMENTO DEL COBRO, SIN PERJUICIO DE QUE HUMMALAB S.A.S. PUEDA DECLARAR VENCIDO E INSUFICIENTE EL PAGO TOTAL, POR INCUMPLIMIENTO DE UNA O MÁS CUOTAS DE CAPITAL O DE INTERESES. ESTA FACTURA SE CONSIDERA ACEPTADA CON LA FIRMA DE LA GUÍA DE LA TRANSPORTADORA POR PARTE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA MERCANCÍA EN EL HOSPITAL, LABORATORIO CLINICO O EMPRESA. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTORETENEDORES.

TAMBIEN AUTORIZO EXPRESAMENTE A HUMMALAB S.A.S. PARA QUE EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA(S) OBLIGACIONE(S), SEA REPORTADO A LA BASE DE DATOS DE FENALCO (PROCRECITO) O A CUALESQUIER OTRO. IGUALMENTE AUTORIZO A HUMMALAB S.A.S. CONFORME A LA LEY 1266 LLEVE A CABO LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES. LA FACTURA SE CONSIDERA IRREVOCABLE ACEPTADA SI PASADOS 10 DIAS DE RECIBIDO DE LA MISMA NO SE DEVUELVE O SE HACE EL RECLAMO POR

CUFE: aa207077ccdb61279ae9786e76ce0692185fa0f22f7e16173d8eee311af1d94bc367562282e258b614c692a1b73a478



# HUMMALAB S.A.S.

NIT. 811028717 - 6

Régimen Común

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA -  
RESOLUCION N° 202150186360 DICIEMBRE 22  
2021

CALLE 7 SUR 51 A 112 BOD 202 - MEDELLIN



PBX: 4445246 FAX EXT 105

E-mail: CONTACTO@HUMMALAB.COM

Pag. 2 de 2

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° FE 68708**

**Fecha:** Junio 10 de 2026  
**Cliente:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PBRO. ALONSO MARIA GONZALEZ  
**Dirección:** CR 29 26 189  
**Dirección Sucursal:**  
**Ciudad:** SAN RAFAEL  
**Vendedor:** INGRID CAROLINA LEON ALDANA

**Valor:** 858 66 47  
**NIT/C.C.:** 891982128  
**Cod Sucursal:**

**Forma de Pago:** CREDITO 30 DIAS  
**Observaciones:** PEDIDO 3 JUNIO

**Vence:** Jul.10/2026      **Pedido:** PD-121052

**Incoterms:**  
**Proyecto:**

**TRM:** 0.00

N°	Código	Venc.	Lote	Detalle	Cant.	Valor	Unit.	IVA	Valor Total
6	HMB-80002		1202705/220526	AGUA DESTILADA DESIONIZADA X20LT	2	115,000.	19.00		230,000.00
<b>R-G Invima:</b> NO REQUIERE									
Total Registros: 6 - Total Cantidad: 22.00									

<b>VALOR EN LETRAS:</b> Quinientos Setenta y Tres Mil Cuatrocientos Sesenta y Cuatro pesos con 00 ctvs.	<b>SUBTOTAL:</b>	<b>558,988.00</b>
	<b>IVA:</b>	<b>76,218.00</b>
	<b>FLETE:</b>	<b>0.00</b>
	<b>RETEFUENTE:</b>	<b>0.00</b>
	<b>RETEIVA:</b>	<b>11,433.00</b>
	<b>RETEICA:</b>	<b>0.00</b>
	<b>ESTAMPILLAS:</b>	<b>50,309.00</b>
	<b>TOTAL:</b>	<b>573,464.00</b>
<p align="center">FIRMA DE QUIEN ELABORA      NOMBRE CLARO y C.C. DE QUIEN RECIBE      FIRMA DEL COMPRADOR, SELLO, C.C. O NIT</p>		

Impreso por: HUMMALAB S.A.S. NIT. 811,028,717 - 6 Artículo 13 Decreto 1165 de 1996  
 RESOLUCION DIAN N° 18764101584671 del 14/11/2025 hasta el 14/11/2026 RANGO: FE 63815 - FE 80000 CONSIGNAR CTA CORRIENTE  
 BANCOLOMBIA # 005-070722-12.  
 SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA

EL NO PAGO OPORTUNO A LOS 30 DÍAS CAUSARÁ INTERESES DE MORA DEACUERDO A LA TASA FIJADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA AL MOMENTO DEL COBRO, SIN PERJUICIO DE QUE HUMMALAB S.A.S. PUEDA DECLARAR VENCIDO E INSUFICIENTE EL PAGO TOTAL, POR INCUMPLIMIENTO DE UNA O MÁS CUOTAS DE CAPITAL O DE INTERESES. ESTA FACTURA SE CONSIDERA ACEPTADA CON LA FIRMA DE LA GUÍA DE LA TRANSPORTADORA POR PARTE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA MERCANCÍA EN EL HOSPITAL, LABORATORIO CLINICO O EMPRESA. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTORRETENEDORES.

TAMBIEN AUTORIZO EXPRESAMENTE A HUMMALAB S.A.S. PARA QUE EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA(S) OBLIGACIONE(S), SEA REPORTADO A LA BASE DE DATOS DE FENALCO (PROCREDITO) O A CUALESQUIER OTRO. IGUALMENTE AUTORIZO A HUMMALAB S.A.S. CONFORME A LA LEY 1266 LLEVE A CABO LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES. LA FACTURA SE CONSIDERA IRREVOCABLE ACEPTADA SI PASADOS 10 DIAS DE RECIBIDO DE LA MISMA NO SE DEVUELVE O SE HACE EL RECLAMO POR

CUFE: aa207077ccdb61279ae9786e76ce0692185fa0f22f7e16173d8eee311af1d94bc367562282e258b614c692a1b73a478