INFORME DE SUPERVISIÓN No. 06 DEL CONTRATO No.123 DEL 25 DE MARZO DE 2026, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Y HERMES BOLAÑOS ARCOS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-120-2026	
Contrato N°:	123-2026	
Término:	La duración del contrato será hasta el 31 de octubre de 2026, contado a partir de la suscripción del acta de inicio.	
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	25/03/2026	
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	31/10/2026	
Valor Inicial	$ 800.000.000	
Otro si N° 1		
Contratista:	**HERMES BOLAÑOS ARCOS**	
NIT o Cedula de Ciudadanía	10.548.679	
Objeto del Contrato:	SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
Forma de pago:	El Hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de la respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA,ICBF,CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ETC.) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden de pago se le realizarán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará mediante los trámites administrativos establecidos por el Hospital, según procedimiento interno de pago de cuentas	
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. 150 del 20 de Febrero de 2026	
No. Registro presupuestal	No. 253 del 25 de marzo de 2026	
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo de la profesional universitaria Sandra Yadira Rosero Benavides con el apoyo que se designe o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	
Período a que corresponde el informe	**DESDE (dd/mm/aaaa)**	**HASTA (dd/mm/aaaa)**
	05 /06/2026	**17/06/2026**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	**25/03/2026**	

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	06/2026
EPS	SANITAS	VALOR PAGADO	$ 812.500
ARL	POSITIVA	VALOR PAGADO	$ 34.000
AFP	COLPENSIONES	VALOR PAGADO	$ 1.040.000
VALOR TOTAL PLANILLA	$ 1.886.500	PLANILLA No.	85403652
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 25/05/2026		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
VALOR EJECUTADO	$ 631.769.434
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$ 47.206.119
SALDO A EJECUTAR	**$168.230.566**

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

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

VIGILADO Supersalud

los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 75% de la vida útil del dispositivo medico entregado. Cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el último día de su vencimiento. 5). Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros INVIMA y fichas técnicas de ser de ser pertinente. 6). Los productos que presenten no conformidades por calidad o devueltos por fecha de vencimiento ,entre otras cosas , deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas siguientes a la notificación por parte del supervisor del contrato. 7). Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación ,que sea solicitada y al mismo laboratorio al cual fue contratado ,si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio al contrato y solicitado será causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. 8). El contratista está en la obligación de acogerse y notificara la entidad los cambios por precios estipulados en circulares u otros mecanismos que determine el gobierno para tal fin; en el evento que los dispositivos médicos que hagan parte del listado del presente contrato , sufran regulación de precios por políticas de control del Gobierno Nacional a través de la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos u otro medio. 9). Informar cuando el monto del contrato se haya ejecutado en un 60%. 10).No ceder el presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del HOSPITAL. 11).Los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista. 12).Informar por escrito en caso de desabastecimiento de los dispositivos médicos, que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta de backorder de desabastecimiento del laboratorio/soporte. Una vez validado el desabastecimiento por parte de la entidad, e contratista deberá ofrecer de manera inmediata otra(s) alternativa(s) que cumplan con las mismas especificaciones técnicas del producto contratado (ficha técnica e invima);además se debe anexar carta emitida por el laboratorio fabricante o por el importador autorizado por el INVIMA, en la cual se justifique el producto a entregar. Dicho producto deberá ser verificado y sustentado por el director técnico farmacéutico, y a su vez deberá contar con la autorización del supervisor del contrato y el subdirector científico, para su aceptación. 13).En caso de requerirse por parte del HOSPITAL un dispositivo medico nuevo que no esté incluido en el listado básico autorizado por el comité por el comité de farmacia y terapéutica, el HOSPITAL tendrá plena autonomía para adicionar, de manera excepcional, aquellos dispositivos médicos que guarden relación directa con el objeto del contrato y que no se encuentran contemplados en la relación establecida en el presente proceso. Para tal efecto, el CONTRATISTA deberá presentar una certificación en la que conste su calidad de distribuidor exclusivo, o contar con autorización expresa del laboratorio, del fabricante correspondiente o del importador del nuevo producto. EL CONTRATISTA se compromete a suministrar los dispositivos médicos requeridos por el HOSPITAL en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud formal, debidamente firmada por el director técnico del servicio farmacéutico, el supervisor del contrato y el subdirector científico, en las cantidades definidas en dicha solicitud. Para la determinación del precio,		No.500 de05/06/2026 No.41 del 17/06/2026

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6800670 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

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

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobante de entrada, factura electrónica, acta de recepción, planilla de seguridad social.	7

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AG000000032215	17/06/2026	FP366	05/06/2026	$ 8.473.260
AI000000001545	16/06/2026	FP367	17/06/2026	$ 38.732.859
			TOTAL	$47.206.119

8. CERTIFICACION DE PAGO:

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

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)	
05/06/2026	17/06/2026	$ 47.206.119

El anterior informe se firma a los veinticuatro (24), días del mes de junio del 2026.

SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
59.795.635
Supervisor del contrato

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

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

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85403652	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.886.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85403652	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.886.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Concepto	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estr. Vida	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 10548679	BOLAÑOS ARCOS HERMES	57	0			N																	25-14	6,500,000	30	1,040,000	0	0	0	0	EPS005	6,500,000	30	812,500	14-23	6,500,000	30	1	34,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. USUARIO 589

COMPROBANTE ENTRADA
Nº AG000000032215

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 17/06/2026 08:54 a. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FP366 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 05/06/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 6.5	PARES	2.600,00	$1.825,74	$4.746.924,00	0,00	19,00
DMG0000008	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 7.0	PARES	100,00	$1.825,74	$182.574,00	0,00	19,00
DMG0000010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA NRO. 8.0	PARES	1.200,00	$1.825,74	$2.190.888,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	7120386,0000	142408,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	7120386,0000	142408,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	7120386,0000	106806,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	7120386,0000	213612,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	7120386,0000	71204,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	7120386,0000	35602,0000

DETALLE

CTO 123 DEL 2026

SUBTOTAL:	$7.120.386,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$1.352.874,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$202.931,00
RETE ICA:	$0,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$712.040,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$7.558.289,00

TOTAL COMPROBANTE:

SIETE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

REGENTE DE FARMACIA / AUXILIAR DE BODEGA

PROFESIONAL EN QUÍMICA FARMACÉUTICA / SERVICIO FARMACÉUTICO

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

COMPROBANTE ENTRADA

U CREACION: 589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA **U CONFIRMA:**589 - MARIA ALEJANDRA GIRONZA CHICANGANA

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

HERMES BOLAÑOS ARCOS

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP366
Fecha Emisión	05/06/2026 10:58:01
Fecha Vencimiento	05/07/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	05/06/2026 10:58:02

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

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popayán, Cauca, Colombia
Telefono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de pago:	05/07/2026
Total de Lineas:	3

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0007	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 6.5 CAJA*50 PARES Lote: 250920;Fecha vencimiento: 31/08/2030; Registro invima: 2020DM-0021874; Marca: Medispo	BX	52,00 2600	$91.287,00 1.825,74	IVA	19%	901916	0,00	$4.746.924,00
2	SG-0009	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 7.0 CAJA*50 PARESLote: 250910,Fecha vencimiento:31/08/2030,Registro invima:2020DM-0021874,Marca: Medispo	BX	2,00 100	$91.287,00 1.825,74	IVA	19%	34689	0,00	$182.574,00
3	SG-0010	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro. 8.0 CAJA*50 PARES Lote: 250910 Fecha vencimiento: 31/08/2030Registro invima: 2020DM-0021874Marca: Medispo	BX	24,00 1200	$91.287,00 1.825,74	IVA	19%	416269	0,00	$2.190.888,00

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe
01 IVA	$7.120.386,00	19,00%	$1.352.874,00

Subtotal:	$7.120.386,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$1.352.874,00
Total:	$8.473.260,00

Son:	(ocho millones cuatrocientos setenta y tres mil doscientos sesenta pesos)
CUFE:	8b2b759638f4018012c652fb290b5bad2f85accc19de506493a49f642a9627f0335f9850d35401b5df032c555add5ddf

C10 123

Firma Digital: PC17K6RrlUfNmY3dJ6kda132KDK8D/6P3Y8/hkT1ZLGwNjWbjDaA7TxrvhWXR9wW fzwDiYcHs3MM9o50iIHWsk4hn1UH60gKSZfQrv8YcAxca/MQhO 8sax1zCIPg7WTh JWuEtRH+181cqsvgZlrnY5GOb0SqOFkIwNiDZIAfUEpHY3Pi+isCgDibIJKAddUJ E3zW976ogYzz7Q0DlOpMmTsdeW5+QwNkRgk WNaOmFBFH35jdbw60/uMZMe00Yoo ro6Yi9uqVYfyia3yrpadmr9pFrurOyjdpwG3DR5mRaaACF7SX7h5Elss/wrkPoS1 JSgjBQ7W8KAi7uh+h2Zx GQ==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

ACTA DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
500	5	6	2026

SLV-FAR-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS

Factura Nº: FP366 **HORA:** 10:11 A.M. **Factura Vigente hasta:** 5/7/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro 6.5	CAJA POR 50 PARES	2020DM-0021874	MEDISPO	250920	1535	31/8/2030	52	52	5	C	C	C	C
2	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro 7.0	CAJA POR 50 PARES	2020DM-0021874	MEDISPO	250910	1535	31/8/2030	2	2	2	C	C	C	C
3	GUANTE ESTERIL PARA CIRUGIA Nro 8.0	CAJA POR 50 PARES	2020DM-0021874	MEDISPO	250910	1535	31/8/2030	24	24	3	C	C	C	C

OBSERVACIONES:

Verificado por:

Firma
Regente encargado de recepción

Firma
Químico Farmaceutico

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

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001545

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 16/06/2026 05:13 p. m.
CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CALLE 2 N BIS 11 A 34 BARRIO MONTEROSALES **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3104103244 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: FP367 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 17/06/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000005	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	500,00	$ 15.458,00	$ 7.729.000,00	0,00	19,00
DMG0000077	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	70,00	$ 31.591,00	$ 2.211.370,00	0,00	19,00
DMG0000006	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	1.200,00	$ 15.458,00	$ 18.549.600,00	0,00	19,00
DMG0000048	GUANTES DE NITRILO TALLA M	CAJA	50,00	$ 24.791,00	$ 1.239.550,00	0,00	19,00
DMG0000047	GUANTES DE NITRILO TALLA S	CAJA	20,00	$ 24.791,00	$ 495.820,00	0,00	19,00
DMG0000047	GUANTES DE NITRILO TALLA S	CAJA	30,00	$ 24.791,00	$ 743.730,00	0,00	19,00
DMG0000076	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	50,00	$ 31.591,00	$ 1.579.550,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	32548620,0000	650972,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRODESARROLLO	2,0000	32548620,0000	650972,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
TASA PRODEPORTES	1,5000	32548620,0000	488229,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	32548620,0000	976459,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	32548620,0000	325486,0000
CONCEPTO DE RETENCION	**%**	**Vlr. Base**	**Vlr. Retenido**
PRO CULTURA	0,5000	32548620,0000	162743,0000

DETALLE

CARGAR AL CONTRATO 123 DE 2026

SUBTOTAL:	$ 32.548.620,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 6.184.239,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 927.636,00
RETE ICA:	$ 0,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 3.254.861,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00

TOTAL COMPROBANTE:

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

COMPROBANTE ENTRADA

TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 34.550.362,00

OPERARIO CON FUNCIONES DE AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECES

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 766 - YULI ASTRID DELGADO BENALCAZAR

U CONFIRMA:766 - YULI ASTRID DELGADO BENALCAZAR

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

HERMES BOLAÑOS ARCOS

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP367
Fecha Emisión	17/06/2026 11:56:34
Fecha Vencimiento	17/07/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	17/06/2026 11:56:35

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

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Dirección:	CL 15 17A 196, Popayán, Cauca, Colombia
Teléfono:	8386363
Email:	facelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de pago:	17/07/2026
Total de Lineas:	6

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos Nom.	Impuestos % o Val.	Impuestos Monto	Dcto.	Total
1	SG-0017	GUANTES DE LATEX SIN TALCO TALLA M CAJA X 100Lote: 5257LF, Fecha vencimiento: 2029-01-01, Registro invima: 2024DM-0011605 R1 Marca: Examtex	BX	50,00	$31.591,00	IVA	19%	300115	0,00	$1.579.550,00
2	SG-0001	GUANTES DE LATEX SIN TALCO TALLA S CAJA X 100Lote: 5257LF, Fecha vencimiento: 2029-01-01, Registro invima: 2024DM-0011605-R1Marca: Examtex	BX	70,00	$31.591,00	IVA	19%	420160	0,00	$2.211.370,00
3	SG-0006	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA M CAJA*100 Lote: 5223LP,Fecha vencimiento: 2030-12-20, Registro invima: 2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	500,00	$15.458,00	IVA	19%	1468510	0,00	$7.729.000,00
4	SG-0002	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S CAJA*100Lote:5264LP,Fecha vencimiento: 2031-02-20 Registro invima2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	1.200,00	$15.458,00	IVA	19%	3524424	0,00	$18.549.600,00
5	SG-0003	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA M CAJA*100Lote: 20251212Fecha v: 2028-12-01Registro Invima: 2021DM-0024207, Marca: Protexion	BX	50,00	$24.791,00	IVA	19%	235515	0,00	$1.239.550,00

Firma Digital: nvXYnWSMM/tuER5cwyN2HljLRaU6gEyihZQJOy0h8ZqdI8BqmPNNcouWthyeYqN
uuyIAEyLKeyz7MEDUW+9+xf9PG3eZxHMXCmBgQ68oN8PDzSMI3
PKVfLNNa9eLFpM DF8sTsZAJQrkdBgjHOd7wBu1IABIiD6/E2b9I1H3ABBwmvh6F2A9cjMjCgdKE0JzX /IATe6WEIWT85uW/dvr/igniAfGf5WRi95m
2KJSSoeXpgp9JrIHr1J/w7qgU3/Ku gvv6cRIWV2uBnWoLGtZpWHYgmhi0sx0YEFmDhwM0KkGoqjJIAW+WuDiBiF4xXI7c Wvx7IVb62OjpQRJYxa4b
Qg==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

6	SG-0004	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA S CAJA*100 Lote:20251201, 20251110Fecha v: 2030-12-30, 11/2028Registro Invima: 2021DM-0024207, Marca: Protexion	BX	50,00	$24.791,00	IVA	19%	235515	0,00	$1.239.550,00

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe
01 IVA	$32.548.620,00	19,00%	$6.184.239,00

Subtotal:	$32.548.620,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$6.184.239,00
Total:	$38.732.859,00

Son:	(treinta y ocho millones setecientos treinta y dos mil ochocientos cincuenta y nueve pesos)
CUFE:	d982fcb24c6dc9a6017b80307f4894990e8dcf724c1ebda1d6fbacf5521ae7ab8126df4650b804b51e931d431db01d0c

Firma Digital: nvXYnWSMM/tuER5cwyN2HiljLRaU6gEyIhZQJOy0h8ZqdI8BqmPNNcouWthyeYqN
uuylAEyLKeyz7MEDUW+9+xf9PG3eZxHMXCmBgQ68oN8PDzSMI3
PKVfLNNa9eLFpM DF8sTsZAJQrkdBgjHOd7wBu1IABIB6/E2b9I1H3ABBwmvh6F2A9cjM/CgdKE0JzX /IATe6WEtWT85uW/dvr/IgniAfGf5WRl95m
2KJSSoeXpgp9JrlHr1J/w7qgU3/Ku gvv6cRIWV2uBnWoLGtZpWHYgmhi0sx0YEFmDhwM0KkGoqJlAW+WuDiBlF4xXI7c Wvx7IVb62QjpQRJYxa4b
Qg==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

SLV-AS-57-F02
Versión 2

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
41	17	06	2026

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS
Factura Nº: FP367 HORA 2 PM Factura Vigente hasta: 17/07/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Útil días	Fecha de vencimiento	Temperatura cadena de frio (2 – 8°C)	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"						
									Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	GUANTES DESECHABLE SIN TALCO TALLA M	CAJA	2024DM-0011605R1	EXAMTEX	5257LF	1620	01/01/29		50	50	50	C	C	C	C
2	GUANTES DESECHABLE SIN TALCO TALLA S CAJA X 100	CAJA	2024DM-0011605R1	EXAMTEX	5257LF	1620	01/01/29		70	70	70	C	C	C	C
3	GUANTES DESECHABLES CON TALCO TALLA M	CAJA	2024DM-0011605R1	EXAMTEX	5223LP	1620	20/12/2030		500	500	500	C	C	C	C
4	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S	CAJA	2024DM-0011605R1	EXAMTEX	5264LP	1620	20/02/2031		1200	1200	1200	C	C	C	C
5	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA M	CAJA	2021DM-0024207	PROTEXION	20251212	1620	12/01/28		50	50	50	C	C	C	C
6	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA S	CAJA	2021DM-0024207	PROTEXION	20251201	1620	30/12/2030		30	30	30	C	C	C	C
7	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA S	CAJA	2021DM-0024207	PROTEXION	20251110	900	1/11/2028		20	20	20	C	C	C	C
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															

Yuli Astrid Delgado Bonilla
Regente de Farmacia
Res. No. 19-01504-02-2014

Firma
Regente encargado de recepción técnica

Astrid A

Firma
Químico
Farmaceutico