INFORME DE SUPERVISIÓN No. 10 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)**
	03 /08/2026	**06/08/2026**
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	08/2026
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.	93796133
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 28/07/2026		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
OTRO SI N°	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 800.000.000
VALOR EJECUTADO	$ 779.941.235
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$ 33.787.433
SALDO A EJECUTAR	**$20.058.765**

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
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

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.187 de 03/08/2026 No.188 de 06/08/2026

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - 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
Comprobantes de entrada, facturas electrónicas, actas de recepción, planilla de seguridad social y parafiscal.	8

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AI000000001592	03/08/2026	FP377	03/08/2026	$ 14.640.547
AI000000001597	06/08/2026	FP378	06/08/2026	$ 19.146.886
			TOTAL	$33.787.433

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)	
03/08/2026	06/08/2026	$ 33.787.433

El anterior informe se firma al primero (1), día del mes de septiembre del 2026.

SANDRA YADIRA ROSERO BENAVIDES
59.795.635
Supervisor del contrato

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

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. **USUARIO** 512

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001597

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 06/08/2026 08:30 a. m.

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

DIRECCION: CALLE 52 N BIS 11 150 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3146794125 **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: FP378 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 06/08/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000006	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	1.000,00	$ 15.458,00	$ 15.458.000,00	0,00	19,00
DMG0000076	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	20,00	$ 31.591,00	$ 631.820,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	16089820,0000	321796,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRODESARROLLO	2,0000	16089820,0000	321796,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
TASA PRODEPORTES	1,5000	16089820,0000	241347,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	16089820,0000	482695,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	16089820,0000	160898,0000
CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO CULTURA	0,5000	16089820,0000	80449,0000

DETALLE

CONTRATO 123-2026

SUBTOTAL:	$ 16.089.820,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 3.057.066,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 458.560,00
RETE ICA:	$ 0,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 1.608.981,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 17.079.345,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIECISIETE MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES **U CONFIRMA:**512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

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

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas ▯ IVA
Tipo de persona: Persona Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, POPAYAN, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244
Email. udsuministros@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No de Factura	FP378
Fecha Emisión	06/08/2026 - 09:30:34
Fecha Vencimiento	06/09/2026
Moneda	COP Peso colombiano
Fecha Firmado	06/08/2026 09:30:35

Régimen Simple de Tributación

Autorización factura electrónica de venta No: 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600

DATOS DEL RECEPTOR

NIT:	891501676
Nombre/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:	06/09/2026
Total de Lineas:	2

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL.	MONTO		
1	SG-0002	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S CAJA*100Lote:5264LP-Lote:5314LPFecha vencimiento: 2031-04-20 Registro invima2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	1.000,00	$15.458,00	IVA	19,00%	$2.937.020,00	$0,00	$15.458.000,00
2	SG-0017	GUANTES DE LATEX SIN TALCO TALLA M CAJA*100 Lote: 5309LF Fecha vencimiento: 2029-03-01, Registro invima:2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	20,00	$31.591,00	IVA	19,00%	$120.046,00	$0,00	$631.820,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$16.089.820,00	19,00%	$3.057.066,00

Subtotal:	$16.089.820,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
IVA:	$3.057.066,00
Total:	$19.146.886,00

Son:	(diecinueve millones ciento cuarenta y seis mil ochocientos ochenta y seis pesos con cero centavos)
CUFE:	c067a6b5ad8d1677302a60d68c0b21043a082bcd0a97b7553e90e6d08465916de6c6ca00457fc05faa25589279163191
Notas:	

Firma Digital: DbZXBRDr5EblghTUj0mz5R3nyFSAc5Nqd/ohRG9t0HA98WYkHfL0QkQ8RO4gNWp4
z8TR9GdXWlw5xHNZ96PaGdqdfdBHcd3iu0RwazCw6wVSi9mWDwOMTlafSa4/IcMJ
30QMg1ummkl9DHtp4JrxkKcH1RHGsyJsV9dlQBPAB313a2FL9O/BPv4tRseEHtVY
wF+gj3IHYRXGeFIe1JosGME7YXMN0dgJ3IWio5IAR1fIi7eJkpUvjUzKUfZGks+c
y4yjsS9jS+oi+8RW4815zIhFpnu6yK6IhLEZhe0rQu0SwrGxEOdiuCMzt6IkjVyE
SoXCdFPBdnmTmOuaDDH8BA==
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.

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
188	6	8	2026

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS **HORA** 5:00PM

Factura Nº: FP378 **Factura Vigente hasta:** 6/9/2026

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 DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5314LP	1718	4/20/2031	1000	1000	3	C	C	C	C
2	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5309LF	938	3/1/2029	20	20	2	C	C	C	C

ELABORADO POR:

Firma

Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Firma

Quimico Farmaceutico

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. **USUARIO** 512

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001592

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS **NIT:** 10548679 **FECHA:** 03/08/2026 10:26 a. m.
CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CALLE 52 N BIS 11 150 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3146794125 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: FP377 **% ICA:** 0,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 03/08/2026 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMG0000006	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	400,00	$ 15.458,00	$ 6.183.200,00	0,00	19,00
DMG0000005	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	250,00	$ 15.458,00	$ 3.864.500,00	0,00	19,00
DMG0000076	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	40,00	$ 31.591,00	$ 1.263.640,00	0,00	19,00
DMG0000047	GUANTES DE NITRILO TALLA S	CAJA	40,00	$ 24.791,00	$ 991.640,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	12302980,0000	246060,0000
PRODESARROLLO	2,0000	12302980,0000	246060,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	12302980,0000	184545,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	12302980,0000	369089,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	12302980,0000	123030,0000
PRO CULTURA	0,5000	12302980,0000	61515,0000

DETALLE

CONTRATO 123-2026

SUBTOTAL:	$ 12.302.980,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.337.567,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 350.635,00
RETE ICA:	$ 0,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 1.230.299,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 13.059.613,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRECE MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

COMPROBANTE ENTRADA

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

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

U CONFIRMA:512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

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

HERMES BOLAÑOS ARCOS

NIT: 10548679
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas ▯ IVA
Tipo de persona: Persona Natural
CL 2 N BIS 11 A 34 BRR MONTEROSALES, POPAYÁN, Cauca, Colombia
Tel. 3104103244
Email. udsuministros@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No de Factura	FP377
Fecha Emisión	03/08/2026 - 10:45:15
Fecha Vencimiento	03/09/2026
Moneda	COP Peso colombiano
Fecha Firmado	03/08/2026 10:45:16

Régimen Simple de Tributación

Autorización factura electrónica de venta No: 18764098151751 válida desde 2025-09-04 hasta 2027-09-04 rango desde FP301 hasta FP600

DATOS DEL RECEPTOR	
NIT:	891501676
Nombre/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:	03/09/2026
Total de Lineas:	4

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL.	MONTO		
1	SG-0002	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S CAJA*100Lote:5264LP,Fecha vencimiento: 2031-02-20 Registro invima2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	400,00	$15.458,00	IVA	19,00%	$1.174.808,00	$0,00	$6.183.200,00
2	SG-0006	GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA M CAJA*100 Lote: 5264LP,Fecha vencimiento: 2031-02-20, Registro invima: 2024DM-0011605-R1 Marca: Examtex	BX	250,00	$15.458,00	IVA	19,00%	$734.255,00	$0,00	$3.864.500,00
3	SG-0004	GUANTE EXAMEN NITRILO TALLA S CAJA*100 Lote:20251201Fecha v: 2030-12-30,Registro Invima: 2021DM-0024207, Marca: Protexion	BX	40,00	$24.791,00	IVA	19,00%	$188.412,00	$0,00	$991.640,00
4	SG-0017	GUANTES DE LATEX SIN TALCO TALLA M CAJA X 100Lote: 5255LF-Lote 5257LF ,Fecha vencimiento: 2029-01-01 ,Registro invima: 2024DM-0011605 R1 Marca: Examtex	BX	40,00	$31.591,00	IVA	19,00%	$240.092,00	$0,00	$1.263.640,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$12.302.980,00	19,00%	$2.337.567,00

Subtotal:	$12.302.980,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
IVA:	$2.337.567,00
Total:	$14.640.547,00

Son:	(catorce millones seiscientos cuarenta mil quinientos cuarenta y siete pesos con cero centavos)
CUFE:	4ff94a28c6677ddbb156a78709260f617932260739f16d2e26c08dc056200116c174cf2b40a419b1bd8f7bf96eab6924
Notas:	

Firma Digital: ypKJIA2UfKJret8x1cLKiAQrFDOzT1ykHcgKMDdAu4KB46H3u+FL15AP0H5R6Rdr
XrH8gv//VtiyLkxzcn+NG/W7tUlKI0Ete7K4X2XaGP9H2QTBzQO3dm7/Y2CU1KFW
pSqTI0DBT2GQ7qaRW0p1JXuHaup8YI22IxYYziHyuW9+OXHNWD1Uwb19msPBGI2E
YGWKAxnXRI+9j1KO5iVgcy2NAUCFyRSExuWZg+ZOcWY25ViiLcnnM8QWoDDgWHIv
m5DxzcoZmC54YTWq5kCaT14/icSG8HXzGeHeL/DE711KSNqTPpEY8If/nL33KYI2
ugiAy9mtU2J9FWFsfow9MQ==
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.

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
187	3	8	2026

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS

HORA 5:00PM

Factura Nº: FP377 **Factura Vigente hasta:** 3/9/2026

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 DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5264LP	1662	2/20/2031	400	400	13	C	C	C	C
2	GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5264LP	1662	2/20/2031	250	250	5	C	C	C	C
3	GUANTES DE NITRILO TALLA S	CAJA	2021DM-0024207	PROTEXION	20251201	880	12/30/2028	40	40	5	C	C	C	C
4	GUANTE DESECHABLE SIN TALCO TALLA M CAJA X 50 PARES	CAJA	2024DM-0011605-R1	EXAMTEX	5255LF	882	1/1/2029	40	40	2	C	C	C	C

ELABORADO POR:

Firma

Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Firma

Químico Farmaceutico

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
		93796133	28/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.886.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días 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	Días 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	Días 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	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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

PAGADA

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
		93796133	28/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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	Colcapia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	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

UNIVERSAL DE SUMINISTROS CA

NIT 10548679 – 1

LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA

CERTIFICA:

Que el señor **HERMES BOLAÑOS ARCOS** con CC No. **10.548.679** se encuentra al día y a paz y salvo con el pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales y fondos de Pensiones durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles.

Se expide al tres (3) días del mes de agosto del año 2026.

Cordialmente:

LUCY STELLA ROSAS IBARRA
CC 34.544.897 de Popayán.
TP 38548-T