1. ENVIO DEA

El día 20 de Agosto de 2026, se realiza él envió del DEA, Gabinete, señalización y (12) tensiómetros digitales

COORDINADORA

COORDINADORA MERCANTIL S.A. NIT 890904713-2
SEDE PRINCIPAL CALLE 30 A # 53 - 16, MEDELLÍN, COLOMBIA

Nro GUÍA:
43075500840
Código QR para rastrear tu envío

Remitente

Nombre	Teléfono	Cédula o Nit	Div
Compomedica Sas	3166152678	901074786	01

Dirección: Carrera 25 # 12 Sur 59
Cód. Postal: 050015
Cód. País: (169) COLOMBIA
Correo: No suministrado

Recogida
Fecha: 2026/08/18

El remitente declara que esta mercancía no es contrabando y que su contenido es:
EQUIPOS MEDICOS

Destinatario

Nombre: MUNICIPIO DE CALARCA YENIFER ACOSTA OSORIO
Teléfono: 1
Cédula o Nit: 890000441
Div: 01
Dirección: CRA 24 # 35-57
Cód. Postal: 632001
Cód. País: (169) COLOMBIA
Correo: No suministrado

Entregado: 2026/08/20 - 12:18 PM

Fecha estimada de entrega: 2026/08/19

Intentos de entrega
1 2026/08/19 En dirección de entrega no conocen destina

Información de guía

Origen	Producto	Unidades	Peso / Vol. real	Peso real
MEDELLIN	MCIA	2	9.1	5000 g

Destino	Tipo cuenta	Peso liquidado	Valor declarado
CALARCA	AS	Sin registrar	$ 4.000.000

Código de recibo

T.O.	Recibe	Equipo	Móvil
2	30692	145	0

Código de reparto

30 67

Compomédica

Servicios

Servicio Estandar

La mensajeria expresa se moviliza bajo licencia N°001345 de 23 de julio de 2010 de MinTIC. El transporte de carga se moviliza bajo licencia N°00109 de 28 de marzo de 2001 de MinTransporte

Mensajería ☑ Carga ☐

Comprobante de entrega



Datos de quien recibe

Nombre
Paula (portero)

Cédula
1

Somos autorretenedores Res N°00121 DE 17/08/93. Este contrato de transporte se rige por los arts. 1008 a 1035 co de co. Respondemos únicamente

Compomédica
COMPOMEDICA SAS NIT.901.074.786-6

ACTA DE ENTREGA DE EQUIPOS

Medellín, 18 de agosto de 2026

Señores
ALCALDIA DE CALARCA

A continuación se describe los equipos que estamos haciendo entrega en calidad de venta,

EQUIPO: Desfibrilador Externo Automático
MARCA: MINDRAY
MODELO: C2
CANTIDAD (1 UNIDAD)

SERIE EQUIPO: AE9-63019266 **SERIE BATERIA**: HY86261002312

Cada equipo se entrega con los siguientes accesorios:

- Batería Externa (instalada)
- Electrodos Adulto/Pediátrico
- 1 manual
- Documentos: Hoja de Vida, Registro Invima, registro de importación, cronograma de mantenimiento
- Incluye gabinete importado, señalización, señalización Ilcor 15 cm x 15 cm.

EQUIPO: Tensiómetro Digital
MARCA: GMD
MODELO: KARDYO 500
CANTIAD: (12 UNIDADES)

- **SERIE EQUIPO #1**: 2012328A251001529
- **SERIE EQUIPO #2**: 2012328A251001549
- **SERIE EQUIPO #3**: 2012328A251001545
- **SERIE EQUIPO #4**: 2012328A251001550
- **SERIE EQUIPO #5**: 2012328A251001530
- **SERIE EQUIPO #6**: 2012328A251001536
- **SERIE EQUIPO #7**: 2012328A251001547
- **SERIE EQUIPO #8**: 2012328A251001522
- **SERIE EQUIPO #9**: 2012328A251001544
- **SERIE EQUIPO #10**: 2012328A251001546
- **SERIE EQUIPO #11**: 2012328A251001532
- **SERIE EQUIPO #12**: 2012328A251001537

Cra 25 N° 12 Sur - 59 Oficina 203 – Complex de los Balsos- Medellín, Colombia Tel 574 5898454 - 3155019647

www.compomedica.com.co / E-mail info@compomedica.com.co

Compomédica

COMPOMEDICA SAS NIT.901.074.786-6

OBSERVACIONES

Hacemos constar que recibimos a satisfacción lo equipos médicos y accesorios relacionados en la presente acta, declaramos que están completos y cumplen con las condiciones de calidad solicitadas.

Cordialmente,

CATALINA BUENO
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Representante de COMPOMEDICA:

Nombre: Catalina Bueno
CC: 1088330973
Cargo: auxiliar administrativa
Fecha: 18-08-2026
Firma:

Recibe:

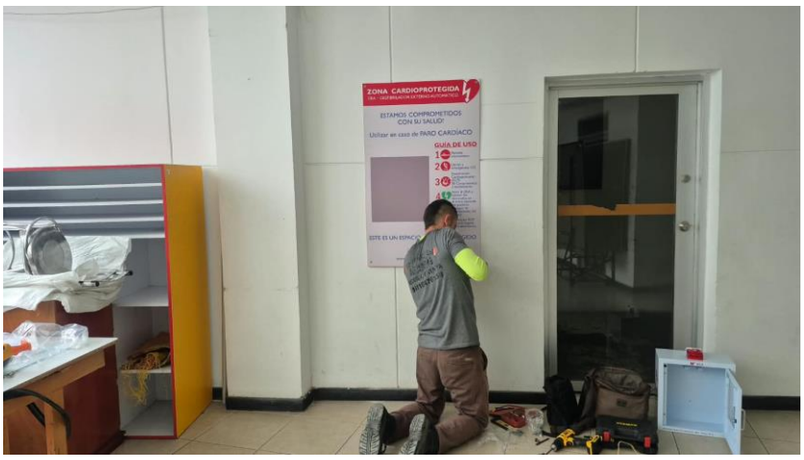
Nombre: Manuel Ramirez
CC: 1.097.396.569
Cargo: Sub. Asuntos. Administrativos
Fecha: 18 Agost. 2026
Firma:

Cra 25 N° 12 Sur - 59 Oficina 203 – Complex de los Balsos- Medellín, Colombia Tel 574 5898454 - 3155019647

www.compomedica.com.co / E-mail info@compomedica.com.co

2. INSTALACIÓN DEL DEA

El día 25 de agosto de 2026, se realiza la instalación del DEA, Gabinete y señalización en el punto solicitado por el municipio.







3. ENVIO DE LOS ELECTRODOS

El día 03 de septiembre se realiza el envío de los 5 electrodos MR62

Compomédica

COORDINADORA

COORDINADORA MERCANTIL S.A. NIT 890904713-2
SEDE PRINCIPAL CALLE 30 A # 53 - 16, MEDELLÍN, COLOMBIA

Nro GUÍA:
43075500877
Código QR para rastrear tu envío

Remitente

Nombre
Compomedica Sas

Teléfono
3332844247

Cédula o Nit
901074786

Div
01

Dirección
Carrera 25 # 12 Sur 59

Cód. Postal
050015

Cód. País
(169) COLOMBIA

Correo
No suministrado

Recogida
Fecha: 2026/09/03
Hora: 10:53 AM

El remitente declara que esta mercancía no es contrabando y que su contenido es:
INSUMOS MEDICOS

Destinatario

Nombre
MUNICIPIO DE CALARCA YENIFER ACOSTA

Teléfono
1

Cédula o Nit
890000441

Div
01

Dirección
CRA 24 # 38 - 57

Cód. Postal
632001

Cód. País
(169) COLOMBIA

Correo
No suministrado

Entregado: 2026/09/04 - 05:54 PM

Fecha estimada de entrega:
2026/09/04

Información de guía

Origen
MEDELLIN

Producto
PAQ 1-2 Kl.

Unidades
1

Peso / Vol. real
1.9

Peso real
1000 g

Destino
CALARCA

Tipo cuenta
AS

Peso liquidado
Sin registrar

Valor declarado
$ 500.000

Código de recibo

T.O.	Recibe	Equipo	Móvil
2	38778	145	0

Código de reparto

30 67

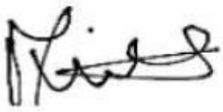
Servicios

Servicio Estandar

La mensajería expresa se moviliza bajo licencia N°001345 de 23 de julio de 2010 de MinTIC. El transporte de carga se moviliza bajo licencia N°00109 de 28 de marzo de 2001 de MinTransporte

Mensajería ☑ Carga ☐

Comprobante de entrega



Datos de quien recibe

Nombre
Mónica Palacios

Cédula
1073696800

Compomédica
COMPOMEDICA SAS NIT.901.074.786-6

ACTA DE ENTREGA DE EQUIPOS

Medellín, 26 de agosto de 2026

Señores
ALCALDIA DE CALARCA

A continuación se describe los equipos que estamos haciendo entrega en calidad de venta,

INSUMO: Electrodos Adulto/Pediátrico
MARCA: MINDRAY
CANTIDAD (5 UNIDADES)

LOT 260424-4010
FV 2029-04-24

OBSERVACIONES
Hacemos constar que recibimos a satisfacción lo equipos médicos y accesorios relacionados en la presente acta, declaramos que están completos y cumplen con las condiciones de calidad solicitadas.
Cordialmente,

CATALINA BUENO
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Representante de COMPOMEDICA:

Nombre: Catalina Bueno
CC: 1088330973
Cargo: auxiliar administrativa
Fecha: 27-08-2026
Firma: Compomédica

Recibe:

Nombre: Manuel Ramirez
CC: 1.097.398.569
Cargo: Sub. Asuntos Admin
Fecha: 07- Sept. 2026
Firma:

4. CAPACITACIÓN
El día 07 de septiembre se realiza la capacitación (2 horas) uso de DEA.

Alcaldía de Calarcá

FORMATO	Código: FO-MIPG-02
REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNO	Versión: 02
	Fecha: 13/03/2026
	Página 01 de 01

TEMA: capacitación primer respondiente y uso del DEA

FECHA: 7-oct-26. HORA: MUNICIPIO: Calarcá LUGAR: casa de la cultura.

Nota: En la columna "SEXO" escriba el número al que pertenece: 1. Mujer. 2. Hombre. 3. Intersexual; en la columna "IDENTIDAD DE GÉNERO", escriba la letra a la que pertenece: A. Mujer Cisgénero. B. Hombre Cisgénero C. Mujer Trans. D. Hombre Trans. E. No Binario. F. Género Fluido G. Otro; en la columna "ORIENTACIONES SEXUALES" escribir el número al que pertenece: 1. Heterosexual. 2. Homosexual. 3. Bisexual. 4. Pansexual. 5. Asexual 6. Otro.; y en la columna "ENFOQUE DIFERENCIAL" escribir la letra a la que pertenece: A. LGBTIQ+ - OSIGD. B. Comunidad Indígena. C. Comunidad ROM (Gitanos). D. Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. E. Discapacidad. F. Victima del Conflicto Armado G. Desmovilizado, Reinsertado o Reintegrado. H. Adulto Mayor. I. Desplazado J. Migrante (Regular o Irregular) K. No pertenece a ningún enfoque diferencial.

Item	NOMBRE Y APELLIDOS / NOMBRE IDENTITARIO	CÉDULA	ENTIDAD	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ENFOQUE DIFERENCIAL	FIRMA O HUELLA
1	Maria Alejandra Tobon Agudelo	1094451184	Sabén	Técnico Admin	320 698 7644		30	1	A	1	K	
2	Juliana Perez Diaz	1097466666	Admin	Profesional	3122355190		26	1	A	1	K	
3	Lina Maria Giraldo Cardona	24585406	Sec. Hacienda	Tec. Adtvo	3148579008		44	1	A	1	K	
4	Laura Alejandra Cardona Gaviria	1.094394002	S. Hacienda	Tec Adtvo	3182130082		33	1	A	1	K	
5	Sara María Urrego R	1097400325	Cultura	Aux Admin	3165574534		33	1	A	1	K	
6	Juan Carlos Medina Muñoz	94288252	Cultura BPM	Bibliotecario	3146262115		43					
7	Fabian Ladino	75102766	Movilidad	Profesional Especializado	3127787184		41	2	B	1	K	
8	Isabel Cristina Angel L.	33818721	Gobierno	Inspección	3147453585		48					
9	Gianna A. Ulloa B	1094917666	S. de Planeación	Insp de Obras Plaza	3109925741		35	1	A	1	K	
10												
11												
12												

TOTAL

Con la firma del presente documento autorizo de manera libre, previa y expresa para que la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, recaude, almacene y disponga de los datos personales incorporados en el presente documento, en cualquier medio, para el debido cumplimiento de los fines y propósitos de la aplicación de las normas del servicio público, de conformidad a la ley 1581 de 2012. Consulte la política de protección de datos personales en la página web de la Gobernación del Quindío https://quindio.gov.co/

Alcaldía de Calarcá

FORMATO | Código: FO-MIPG-02
REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNO | Versión: 02 | Fecha: 13/03/2026 | Página 01 de 01

TEMA: capacitación primer respondiente y uso del DEA

FECHA: 7-oct-26. HORA: MUNICIPIO: Calarcá LUGAR:

Nota: En la columna "SEXO" escriba el número al que pertenece: 1. Mujer. 2. Hombre. 3. Intersexual; en la columna "IDENTIDAD DE GÉNERO", escriba la letra a la que pertenece: A. Mujer Cisgénero. B. Hombre Cisgénero C. Mujer Trans. D. Hombre Trans. E. No Binario. F. Género Fluido G. Otro; en la columna "ORIENTACIONES SEXUALES" escribir el número al que pertenece: 1. Heterosexual. 2. Homosexual. 3. Bisexual. 4. Pansexual. 5. Asexual 6. Otro.; y en la columna "ENFOQUE DIFERENCIAL" escribir la letra a la que pertenece: A. LGBTIQ+ - OSIGD. B. Comunidad Indígena. C. Comunidad ROM (Gitanos). D. Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. E. Discapacidad. F. Victima del Conflicto Armado G. Desmovilizado, Reinsertado o Reintegrado. H. Adulto Mayor. I. Desplazado J. Migrante (Regular o Irregular) K. No pertenece a ningún enfoque diferencial.

Item	NOMBRE Y APELLIDOS / NOMBRE IDENTITARIO	CÉDULA	ENTIDAD	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ENFOQUE DIFERENCIAL	FIRMA O HUELLA
1	Alejandra Jaramillo G.	1094530738	TIC	Contratista	3012629842		38	2	B	1	K	
2	Laura Alejandra Cardona	1.094394002	S. Hacienda	Contratista	3182130082		33	1	A	1	K	
3	Jhonathan Sánchez O	1143144424	Admin.	Contratista	3046106851		25	2	B	1	K	
4	Juliana Perez Diaz	1097466666	Admin.	Profesional	3122355190		26	1	A	1	K	
5	Lina Maria Giraldo Cardona	24585406	Sec. Hacienda	Tec. Adtvo	3148579008		44	1	A	1	K	
6	Vivid Carolina Valencia H	1097393147	S.S. Cultura	Contratista	3108931697		37	1	A			
7	Sara María Urrego R	1097400325	S.S. cultura	Aux Admin	3165574534		33	1	A	1	K	
8	Juan Carlos Medina M	94288252	Biblioteca	Profesional	3146262115		43					
9	Karen Johanna Chamorro O	1031167113	Sec. Gobierno	Insp. Conv. 83	3002940687		29	1	A	1	K	
10	Isabel Cristina Angel L.	33818721	Sec Gobierno	Inspección	3147453585		48					
11	Fabián Ladino	75102766	SSMSV	Profesional Especializado	3127787184		41					
12	Gianna A.V. Ulloa B	1094917666	Sde Planeación Cuor	Insp. de obras Plaza	3109925741		35	1	A	1	K	

TOTAL

Con la firma del presente documento autorizo de manera libre, previa y expresa para que la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, recaude, almacene y disponga de los datos personales incorporados en el presente documento, en cualquier medio, para el debido cumplimiento de los fines y propósitos de la aplicación de las normas del servicio público, de conformidad a la ley 1581 de 2012. Consulte la política de protección de datos personales en la página web de la Gobernación del Quindío https://quindio.gov.co/

Alcaldía de Calarcá	FORMATO	Código: FO-MIPG-02
	REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNO	Versión: 02
		Fecha: 13/03/2026
		Página 01 de 01

TEMA:

FECHA: HORA: MUNICIPIO: LUGAR:

Nota: En la columna "SEXO" escriba el número al que pertenece: 1. Mujer. 2. Hombre. 3. Intersexual; en la columna "IDENTIDAD DE GÉNERO", escriba la letra a la que pertenece: A. Mujer Cisgénero. B. Hombre Cisgénero C. Mujer Trans. D. Hombre Trans. E. No Binario. F. Género Fluido G. Otro; en la columna "ORIENTACIONES SEXUALES" escribir el número al que pertenece: 1. Heterosexual. 2. Homosexual. 3. Bisexual. 4. Pansexual. 5. Asexual 6. Otro.; y en la columna "ENFOQUE DIFERENCIAL" escribir la letra a la que pertenece: A. LGBTIQ+ - OSIGD. B. Comunidad Indígena. C. Comunidad ROM (Gitanos). D. Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. E. Discapacidad. F. Victima del Conflicto Armado G. Desmovilizado, Reinsertado o Reintegrado. H. Adulto Mayor. I. Desplazado J. Migrante (Regular o Irregular) K. No pertenece a ningún enfoque diferencial.

Item	NOMBRE Y APELLIDOS / NOMBRE IDENTITARIO	CÉDULA	ENTIDAD	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ENFOQUE DIFERENCIAL	FIRMA O HUELLA
1	Maria Alejandra Tobon Tejada	1094911064	Esbén	Tecnico Administrativo	3205918644		30	1	A	1	K	
2	Dilva Giovani Echeverry	1097404884	Cultura.	Contratista	3137702197		30	2	B	1	K	
3	Dalero Alvarez	1014186470	Ha cdma	Nacta Ettio	3126794922		39	1	A	1	K	
4	Andres mauricio lopez g.	1097392490	TIC	Contratista	3202673787		37	2				
5	angela vanessa m.	1094476866	admins	contratista	3136946978		22	1	A	1	K	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
							TOTAL					

Con la firma del presente documento autorizo de manera libre, previa y expresa para que la Secretaria de Salud Departamental del Quindío, recaude, almacene y disponga de los datos personales incorporados en el presente documento, en cualquier medio, para el debido cumplimiento de los fines y propósitos de la aplicación de las normas del servicio público, de conformidad a la ley 1581 de 2012. Consulte la política de protección de datos personales en la página web de la Gobernacion del Quindio https://quindio.gov.co/

















5. ENVIO DE CERTIFICADOS

El dia 08 de septiembre de 2026 se realiza el envio por medio de correo electronico 'yacostao19887@gmail.com',de los 10 certificados solicitados.



Compomédica

Certifica que:

GIOVANNA ALEXANDRA VILLEGAS

C.C. 1094917666

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emitte Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

JUAN CARLOS MEDINA MORENO

C.C. 94288252

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

JULIANA PEREZ DIAZ

C.C. 1097408606

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emitte Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

MARIA ALEJANDRA TOBAR FAJARDO

C.C. 1094951564

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

LADY DAYANA MORENO QUIROGA

C.C. 1014184090

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

LINA MARIA GIRALDO CARDONA

C.C. 24585406

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

LAURA ALEJANDRA CARDONA

C.C. 1097399062

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emitte Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

SARA MARIA URREGO ROJAS

C.C. 1097400325

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emitte Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

ISABEL CRISTINA ANGEL LEAL

C.C. 33818721

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias



Compomédica

Certifica que:

FABIAN ANDRES LADINO LARGO

C.C. 75102766

ASISTIO:

Curso Primer Respondiente. Bajo guías AHA 2020

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de alta afluencia de público

Intensidad Horaria: 2 horas. Dado en el municipio de Calarcá en el mes de septiembre de 2026.

Carolina Jiménez G.

CAROLINA JIMENEZ GALLO
Directora

Emilce Silvana Cerón R.

SILVANA CERÓN ROMERO
Instructor / Especialista en Emergencias

6. FACTURA ELECTRONICA

Compomédica

COMPOMEDICASAS
NIT 901.074.786-6
CRA 25 12 SUR 59 OF 203
Tel: (604) 5956713 - Ext. 3166152678
Medellín - Colombia
info@compomedica.com.co
www.compomedica.com.co

No. FE 4577

Señores	MUNICIPIO DE CALARCÁ		
NIT	890.000.441-4	**Teléfono**	(0000) 0000000
Dirección	Cra. 24 # 38 -57	**Ciudad**	Calarca - Colombia

Fecha y hora comprobante	Fecha de Vencimiento
2026-09-07	2026-10-07

Ítem	Código	Nombre producto	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Total
1	COM-E-192	DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO MARCA : MINDRAY REF: BENEHEART C2 AUTOMATICO	1.00	4,433,000.00	19 %	5,275,270.00
2	COM-E-426	GABINETE PARA DEA CON CERRADURA Y LLAVE IMPORTADO	1.00	657,000.00	19 %	781,830.00
3	COM-S-10	CAPACITACIÓN USO DEL DEA 2 HORAS	1.00	375,000.00	19 %	446,250.00
4	COM-E-012	TENSIOMETRO DIGITAL KARDIO 500 MARCA: GMD	12.00	134,000.00	19 %	1,913,520.00
5	COM-S-005	INSTALACION DE GABINETE Y DEA	1.00	267,000.00	19 %	317,730.00
6	COM-I-780	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO PARA DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATICO	2.00	334,000.00	19 %	794,920.00
7	COM-I-042	ELECTRODOS/PARCHES DESECHABLES PARA DEA, ADULTO/PED MR62 Ref 115-035426-00	3.00	238,600.00	19 %	851,802.00

Total items: 7

Total Bruto	8,723,800.00
IVA 19%	1,657,522.00
Total a Pagar	10,381,322.00

Valor en Letras:
Diez millones trescientos ochenta y un mil trescientos veintidos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-10-07 por $ 10,381,322.00

Observaciones:
PROCESO MC 029- 2026
SERIE EQUIPO: AE9-63019266 SERIE BATERIA: HY862610023 12

Favor consignar en Cuenta Ahorros BANCOLOMBIA No 27578042747 a nombre de COMPOMEDICA. S.A.S y enviar correo a info@compomedica.com.co

Este es un borrador de la factura para fines informativos. No reemplaza la factura de venta ni el documento equivalente.

7. CONCLUSIONES

Se ejecuto el contrato de acuerdo a **Resolución 3316 de 2019.**

Atentamente,

Andrés Valencia Martínez
C. C. No. 75.073.718 de Manizales
REPRESENTANTE LEGAL COMPOMEDICA S.A.S.
NIT 901.074.786-6