

|                                                                                                           |                                                          |                                                                                                                                            |                                                     |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br><br>Libertad y Orden | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b> | <br><b>HOSPITAL</b><br>SUSANA LOPEZ DE VALENCIA<br>E.S.E. | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                        |
|                                                                                                           | <b>FORMATO Informe de Supervision</b>                    |                                                                                                                                            | <b>Página 1<br/>de 5</b>                            | <b>Código: SLV-FIN-<br/>VSC-16-F02</b> |
|                                                                                                           |                                                          |                                                                                                                                            |                                                     | <b>Versión: 1</b>                      |

**INFORME DE SUPERVISIÓN No. 12 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

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>No. De proceso</b>                              | HSLV-CD-120-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| <b>Contrato N°:</b>                                | 123-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| <b>Término:</b>                                    | La duración del contrato será hasta el 31 de octubre de 2026, contado a partir de la suscripción del acta de inicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| <b>Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):</b>          | 25/03/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| <b>Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):</b>         | 31/10/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| <b>Valor Inicial</b>                               | \$ 800.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
| <b>Otro si N° 1</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| <b>Contratista:</b>                                | <b>HERMES BOLAÑOS ARCOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| <b>NIT o Cedula de Ciudadanía</b>                  | 10.548.679                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| <b>Objeto del Contrato:</b>                        | SUMINISTRO DE GUANTES PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
| <b>Forma de pago:</b>                              | 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 |                           |
| <b>No. Fecha Disponibilidad Presupuestal</b>       | No. 150 del 20 de Febrero de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| <b>No. Registro presupuestal</b>                   | No. 253 del 25 de marzo de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| <b>Supervisor:</b>                                 | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| <b>Período a que corresponde el informe</b>        | <b>DESDE (dd/mm/aaaa)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>HASTA (dd/mm/aaaa)</b> |
|                                                    | <b>15/09/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>15/09/2026</b>         |
| <b>Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).</b> | <b>25/03/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |

Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1  
Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151  
Página: [www.hosusana.gov.co](http://www.hosusana.gov.co)

|                                                                                                       |                                                          |  |                                                                                                                                          |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br>Libertad y Orden | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b> |  | <br><b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                        |
|                                                                                                       | <b>FORMATO Informe de Supervision</b>                    |  | <b>Página 2<br/>de 5</b>                                                                                                                 | <b>Código: SLV-FIN-<br/>VSC-16-F02</b> |
|                                                                                                       |                                                          |  | <b>Versión: 1</b>                                                                                                                        | <b>SLV-DES-01-F01</b>                  |

## 2. SEGURIDAD SOCIAL

| PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)                                        |                                                                           |                  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)                                          |                                                                           | PERIODO COTIZADO | 09/2026      |
| 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.     | 94893978     |
| CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO 03/09/2026 |                  |              |

## 3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO  | \$ 800.000.000 |
| OTRO SI N°                  |                |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO    | \$ 800.000.000 |
| VALOR EJECUTADO             | \$ 799.940.767 |
| VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME | \$ 7.615.538   |
| SALDO A EJECUTAR            | \$59.233       |

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

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                   | SOPORTE                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <p>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</p> | <b>ENTREGA DE<br/>DISPOSITIVOS<br/>MEDICOS DE<br/>ACUERDO A LAS<br/>OBLIGACIONES DEL<br/>CONTRATISTA</b> | <b>ACTA DE<br/>RECEPCION<br/>TECNICA DE<br/>PRODUCTOS<br/>FARMACEUTICOS</b> |

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. CALLE 15 N° 17 A – 196 LA LADERA, TEL: 8211721 – 838 6363  
PÁGINA: WWW.HOSUSANA.GOV.CO POPAYÁN, CAUCA – COLOMBIA

|                                                                                                       |                                                          |                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Libertad y Orden | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b> | <br><b>HOSPITAL</b><br>Susana López de Valencia<br>E.S.E. | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                                                                     |
|                                                                                                       | <b>FORMATO Informe de Supervision</b>                    |                                                                                                                                            | <b>Página 3<br/>de 5</b>                            | <b>Código: SLV-FIN-<br/>VSC-16-F02</b><br><br><b>Versión: 1      SLV-DES-01-F01</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|
| <p>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,</p> |  | No.201 de 15/09/2026 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|

|                                                                                                       |                                                          |  |                                                                                                                                          |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br>Libertad y Orden | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b> |  | <br><b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                        |
|                                                                                                       | <b>FORMATO Informe de Supervision</b>                    |  | <b>Página 4<br/>de 5</b>                                                                                                                 | <b>Código: SLV-FIN-<br/>VSC-16-F02</b> |
|                                                                                                       |                                                          |  | <b>Versión: 1</b>                                                                                                                        | <b>SLV-DES-01-F01</b>                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>se deberán obtener al menos dos (2) cotizaciones diferentes, y se verificará 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 aplicará 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.</p> <p>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 de 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.</p> <p>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.</p> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |

**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 y parafiscal. | 5                       |

**7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:**

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. CALLE 15 N° 17 A – 196 LA LADERA, TEL: 8211721 – 838 6363  
PÁGINA: WWW.HOSUSANA.GOV.CO POPAYÁN, CAUCA – COLOMBIA

|                                                                                                       |                                                          |                                                                                                                                     |                                                     |                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <br>Libertad y Orden | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b> | <br>HOSPITAL<br>SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA<br>E.S.E. | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                        |  |
|                                                                                                       | <b>FORMATO Informe de Supervision</b>                    |                                                                                                                                     | <b>Página 5<br/>de 5</b>                            | <b>Código: SLV-FIN-<br/>VSC-16-F02</b> |  |
|                                                                                                       |                                                          |                                                                                                                                     | <b>Versión: 1</b>                                   | <b>SLV-DES-01-F01</b>                  |  |

| No. Comprobante de Entrada | Fecha Comprobante | No. Factura | Fecha Factura | Valor Factura |
|----------------------------|-------------------|-------------|---------------|---------------|
| AI000000001627             | 15/09/2026        | FP387       | 15/09/2026    | \$ 7.615.538  |
|                            |                   |             |               |               |
|                            |                   |             | TOTAL         | \$7.615.538   |

## 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<br>(dd/mm/aaaa) | HASTA<br>(dd/mm/aaaa) | \$ 7.615.538 |
| 15/09/2026            | 15/09/2026            |              |

El anterior informe se firma a los veintitrés (23), días 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 4.  
Líder de proceso: Pablo Ante



NIT 10548679 - 1

**UNIVERSAL DE SUMINISTROS CA**

**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 quince (15) días del mes de septiembre del año 2026.

Cordialmente:

**LUCY STELLA ROSAS IBARRA**

CC 34.544.897 de Popayán.

TP 38548-T

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |  |                                     |                    |                         |
|---------------------|-------------------|----------------------|--|-------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |  | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                  | 10548179          | HERMES BOLAÑOS ARCOS |  | CLL 24 BIS 11A-34                   | 8329561            | udsuministros@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | CÓDIGO               |  | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
|                     |                   | NOMBRE SUCURSAL      |  |                                     |                    |                         |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |  | CAUCA                               | POPAYÁN            |                         |
|                     |                   |                      |  | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                    |                         |
|                     |                   |                      |  | NO                                  |                    |                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                     |                 |                            |                    |               |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIAMESIANO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIAMESIANO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPIC |
|                      |                                     | 9489378         | 03/09/2026                 | 1                  | 0             |
|                      |                                     |                 | TOTAL NOMINA               | TOTAL A PAGAR      |               |
| 2026-09              | 2026-09                             | 1               | \$0                        | \$1,886,500        |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |             |             |                        |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Colización Obligatoria |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 812.500                |

| Categoría  | Categoría Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            | Porcentaje           | Valor |           |                       |                |               |               |
| Maternidad | 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 Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-----------------|------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14      | Colpensionarios | 90036004-7 | 1,040,000              | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0                     |                | 1,040,000     | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre           | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto |            | Días<br>Mora | Valor Mora |        | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|------------|------------|--------------|------------|--------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|            |                  |             |                           | Nc. Autorización | Valor |                           | Cotización | Cotización |              |            |        |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 850011153-6 | 34.000                    |                  |       |                           | 34.000     | 0          | 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 Mens Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|              |           | <b>SENA</b>       |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           | <b>ICBF</b>       |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           | <b>ESAP</b>       |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           | <b>MEN</b>        |               |               |
|              |           |                   |               |               |

## 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                |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>1,886,500</b>                    | <b>1,886,500</b> |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |                 |                        |
|----------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESANO) |
|                      |                                 | 94893978        | 03/09/2025             |
|                      |                                 |                 | CANTIDAD EMPLEADOS     |
|                      |                                 |                 | CANTIDAD UPIC          |
|                      |                                 |                 | 1                      |
|                      |                                 |                 | 0                      |
|                      |                                 |                 | TOTAL A PAGAR          |
| PERIODO SALDO        | PERIODO PENSIÓN                 | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA           |
| 2026-09              | 2026-09                         | 1               | \$0                    |
|                      |                                 |                 | \$1'886.500            |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                   |                    |                                   |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN         | TÉLEFONO           | CORREO                            |
| CC                  | 10548679          | HERMES BOLANOS ARCOS |        | CLL 2N BIS 11A-34 | 8329561            | udsuministro@gmail.com            |
|                     |                   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                   |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   |                      |        |                   |                    |                                   |
| ÚNICA               | 1 – Independiente |                      |        | CAUCA             | POPAYÁN            |                                   |
|                     |                   |                      |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PATRONALES Y SALUD |
|                     |                   |                      |        |                   |                    | NO                                |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                      |        |           |          |         |        |        |          |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |          |           |            |                     |                      |                                |          |         |                   |                        |          |         |           |            |         |            |                      |             |             |             |            |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------|--------|-----------|----------|---------|--------|--------|----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|----------|---------|-------------------|------------------------|----------|---------|-----------|------------|---------|------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                      |        |           |          |         |        |        |          | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN  |           |            |                     |                      | SALUD                          |          |         | RIESGOS LABORALES |                        |          |         | CCF       |            |         |            | PARAMÉTRICALES       |             |             |             |            |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cédula | Dirección | Contacto | Símbolo | Código | Estado | Compañía | RENTA                 | TDE | TAP | VSA | VIA | SLN | IDC | VAC | AVP | REL | Cód. AFP | Días      | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Cod. EPS | IBC EPS | Días              | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días      | Aporte CCF | IBC CCF | Código CCF | Aportes particulares | Aporte SENA | Aporte NCBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |
| 1                     | CC 1054879                      | BOLANOS ARCOS HERMES | 57     | 0         | N        |         |        |        |          |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 25-14    | 6,500,000 | 36         | 1,040,000           | 0                    | 0                              | 0        | EPSP005 | 8,500,000         | 30                     | 912,500  | 14-23   | 6,520,000 | 30         | 1       | 34,000     |                      |             |             | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 |

**COMPROBANTE ENTRADA**  
**NºAI000000001627**

PROVEEDOR: HERMES BOLAÑOS ARCOS NIT: 10548679 FECHA: 15/09/2026 03:09 p.m.  
CIUDAD: POPAYÁN (CAUCA) ESTADO: Confirmado  
DIRECCION: CALLE 52 N BIS 11 150 MONEDA: Pesos  
TELEFONO: 3146794125 TASA CAM: 0,00  
Nº FACTURA: FP387 % ICA: 0,0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 15/09/2026 12:00 a.m.

| CODIGO     | NOMBRE                                                 | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U      | SUBTOTAL        | %DTO | %IVA  |
|------------|--------------------------------------------------------|--------------|----------|--------------|-----------------|------|-------|
| DMG0000006 | GUANTE DESECHABLE CON TALCO<br>TALLA S CAJA X 50 PARES | CAJA         | 414,00   | \$ 15.458,00 | \$ 6.399.612,00 | 0,00 | 19,00 |

| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
|---------------------------|--------|--------------|---------------|
| PROELECTRIFICACION        | 2,0000 | 6399612,0000 | 127992,0000   |
| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
| PRODESARROLLO             | 2,0000 | 6399612,0000 | 127992,0000   |
| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
| TASA PRODEPORTES          | 1,5000 | 6399612,0000 | 95994,0000    |
| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
| PRO ADULTO MAYOR          | 3,0000 | 6399612,0000 | 191988,0000   |
| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
| PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA | 1,0000 | 6399612,0000 | 63996,0000    |
| CONCEPTO DE RETENCION     | %      | Vlr. Base    | Vlr. Retenido |
| PRO CULTURA               | 0,5000 | 6399612,0000 | 31998,0000    |

| DETALLE           | SUBTOTAL:        |                 |
|-------------------|------------------|-----------------|
| CONTRATO 123-2026 | \$ 6.399.612,00  |                 |
|                   | DESCUENTO:       | \$ 0,00         |
|                   | IMPUESTO:        | \$ 1.215.926,00 |
|                   | FLETES:          | \$ 0,00         |
|                   | IMP FLETES:      | \$ 0,00         |
|                   | RETE IVA:        | \$ 182.389,00   |
|                   | RETE ICA:        | \$ 0,00         |
|                   | RETE FUENTE:     | \$ 0,00         |
|                   | OTRAS RETE:      | \$ 639.960,00   |
|                   | OTRAS DEDUC:     | \$ 0,00         |
|                   | IMP DISTRI:      | \$ 0,00         |
|                   | AJUSTE RED:      | \$ 0,00         |
|                   | AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00         |
|                   | TOTAL COMPR:     | \$ 6.793.189,00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO  
ORBES

PROFESIONAL UNIVERSITARIO  
SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CONFIRMA: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

**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 MONTERO SALES,  
POPAYÁN, Cauca, Colombia  
Tel. 3104103244  
Email. udsuministros@gmail.com

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

No de Factura: FP387  
Fecha Emisión: 15/09/2026 - 12:07:16  
Fecha Vencimiento: 15/10/2026  
Moneda: COP Peso colombiano  
Fecha Firmado: 15/09/2026 12:07:19

**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**

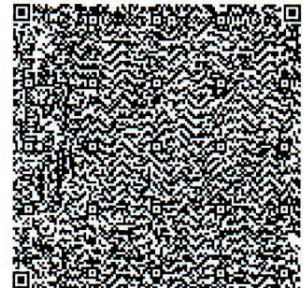
NIT: 891501676  
Nombre/Razón Social: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Dirección: CL 15 17A 196, POPAYÁN, Cauca, Colombia  
Teléfono: 8386363  
Email: facelectronica@hosusana.gov.co  
Forma de Pago: Crédito  
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria  
Fecha de Pago: 15/10/2026  
Total de Líneas: 1

| #         | CÓDIGO  | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                     | U.M                    | CANTIDAD | PRECIO U.      | IMPUESTOS |          |                | DCTO.  | TOTAL          |
|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------------|-----------|----------|----------------|--------|----------------|
|           |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                | NOM.      | % o VAL. | MONTO          |        |                |
| 1         | SG-0002 | GUANTES DE LATEX CON TALCO TALLA S<br>CAJA*100Lote:5306LPFecha vencimiento:<br>2031-02-01 Registro<br>invima2024DM-0011605-R1 Marca:<br>Examtex | BX                     | 414,00   | \$15.458,00    | IVA       | 19,00%   | \$1.215.926,00 | \$0,00 | \$6.399.612,00 |
| IMPUESTO  |         | BASE                                                                                                                                            | TARIFA / VALOR NOMINAL |          | IMPORTE        |           |          | Subtotal:      |        | \$6.399.612,00 |
| IMPUESTOS |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                |           |          | Cargos:        |        | \$0,00         |
| 01 IVA    |         | \$6.399.612,00                                                                                                                                  | 19,00%                 |          | \$1.215.926,00 |           |          | Descuentos:    |        | \$0,00         |
|           |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                |           |          | IVA:           |        | \$1.215.926,00 |
|           |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                |           |          | Total:         |        | \$7.615.538,00 |
|           |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                |           |          |                |        |                |
| Son:      |         | (siete millones seiscientos quince mil quinientos treinta y ocho pesos con cero centavos)                                                       |                        |          |                |           |          |                |        |                |
| CUFE:     |         | 57fc566fdee57d301666d53329ce37c860e764a47464106e1a527968cd40c3ed5c1d13c76027d0c05d910c7254e66ef4                                                |                        |          |                |           |          |                |        |                |
| Notas:    |         |                                                                                                                                                 |                        |          |                |           |          |                |        |                |

Firma Digital: j0Es3K1xEV6paZI+M3Q9lInXptrevca9lcr/FsH5p5UIHZGbL3Z+7kqkcdXvdQ8w  
285WlW9CR7xq2dulvUQxVFUJ20MU8oltj6X38V2GxyQpNjBvU2JlU4PUf+FaPUgh  
Rc0h5WNAeXWax2xgG8EiOl7lAY3hTrsG8sj0HeOFaKZlynx87kaOsLiyK0tnRdfg  
16m5V5f8X6sPI9hID0PQQD517OCKD3syDKMMseVE+INxKOcmTGHY86jhWZj6t3s  
8lo8bgs2iyMXLrBEKKEfoTdfzclhaQ9Dpmbte4h6Tke/Rxm0T4VterW6QPnXG0U  
BF1bQ0xPBOwdPt65Z+gQWg==

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.



Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8





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



SLV-AF-05-F01  
Version 2

| ACTA N° | DÍA | MES | AÑO  |
|---------|-----|-----|------|
| 201     | 15  | 9   | 2026 |

Proveedor: HERMES BOLAÑOS ARCOS  
HORA 11:00AM

Factura N°: FP387 Factura Vigente hasta: 15/10/2026

| No. | Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie) | Presentación comercial | Registro Sanitario INVIMA | Laboratorio Fabricante | Lote   | Vida útil días | 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 transporte, manipulación | Inspección visual | Empaque (primario y secundario) |
| 1   | GUANTE DESECHABLE CON TALCO TALLA S CAJA X 50 PARES                                                                                         | CAJA                   | 2024DM-0011605-R1         | EXAMTEX                | 5306LP | 1641           | 1/02/2031            | 414               | 400                 | 13                  | C                                                                | C                                       | C                 | C                               |

ELABORADO POR:

VERIFICADO POR: