ACTA DE SUPERVISION DE CONTRATO N° 0336/2024

ACTA DE SUPERVISIÓN N°			39
SUPERVISOR	DIANA CAROLINA ARCILA ALZATE	CEDULA	24.854.016
PROVEEDOR	TERUMO COLOMBIA ANDINA S.A .S		
NIT	900.361.174-6 OBJETO	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	
FECHA INICIACIÓN	6 de marzo de 2024	FECHA FIN	31 de diciembre de 2024
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 900.000.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 900.000.000
RCP	20240431	RCP ADICIÓN	

FACTURAS DEL PERÍODO SUPERVISADO		
FACTURA	NUMERO DE LA ENTRADA	VALOR FACTURA
82401	568815	$ 24.811.500
82402	568816	$ 11.084.850
TOTAL FACTURADO		$ 35.896.350

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Mes Facturado	Valor Facturado	Valor Glosa	Valor por cancelar	Valor Ejecutado	% de Ejecución del contrato
Marzo Acta 01	$76.517.000	$0	$76.517.000	$76.517.000	9%
Marzo Acta 02	$11.917.000	$0	$11.917.000	$88.434.000	10%
Marzo Acta 03	$13.223.000	$0	$13.223.000	$101.657.000	11%
Marzo Acta 04	$15.896.000	$0	$15.896.000	$117.553.000	13%
Marzo Acta 05	$4.158.000	$0	$4.158.000	$121.711.000	14%
Marzo Acta 06	$18.447.520	$0	$18.447.520	$140.158.520	16%
Marzo Acta 07	$221.340	$0	$221.340	$140.379.860	16%
Marzo Acta 08	$26.854.380	$0	$26.854.380	$167.234.240	19%
Marzo Acta 09	$19.193.000	$0	$19.193.000	$186.427.240	21%
Marzo Acta 10	$11.733.000	$0	$11.733.000	$198.160.240	22%
Marzo Acta 11	$15.650.760	$0	$15.650.760	$213.811.000	24%
Marzo Acta 12	$81.040.540	$0	$81.040.540	$294.851.540	33%
Abril Acta 13	$23.930.900	$0	$23.930.900	$318.782.440	35%
Abril Acta 14	$21.810.000	$0	$21.810.000	$340.592.440	38%
Abril Acta 15	$3.070.200	$0	$3.070.200	$343.662.640	38%
Abril Acta 16	$2.393.090	$0	$2.393.090	$346.055.730	38%
Abril Acta 17	$9.572.360	$0	$9.572.360	$355.628.090	40%
Abril Acta 18	$13.262.210	$0	$13.262.210	$368.890.300	41%
Abril Acta 19	$33.645.260	$0	$33.645.260	$402.535.560	45%
Abril Acta 20	$11.965.450	$0	$11.965.450	$414.501.010	46%
Abril Acta 21	$9.143.000	$0	$9.143.000	$423.644.010	47%
Abril Acta 22	$13.994.400	$0	$13.994.400	$437.638.410	49%
Mayo Acta 23	$7.033.000	$0	$7.033.000	$444.671.410	49%
Mayo Acta 24	$15.581.560	$0	$15.581.560	$460.252.970	51%
Mayo Acta 25	$16.504.380	$0	$16.504.380	$476.757.350	53%
Mayo Acta 26	$8.923.380	$0	$8.923.380	$485.680.730	54%
Junio Acta 27	$3.271.000	$0	$3.271.000	$488.951.730	54%
Junio Acta 28	$9.312.000	$0	$9.312.000	$498.263.730	55%
Junio Acta 29	$11.699.690	$0	$11.699.690	$509.963.420	57%
Junio Acta 30	$3.941.000	$0	$3.941.000	$513.904.420	57%
Junio Acta 31	$502.000	$38.000	$464.000	$514.368.420	57%
Julio Acta 32	$10.833.380	$0	$10.833.380	$525.201.800	58%
Julio Acta 33	$4.870.000	$0	$4.870.000	$530.071.800	59%
Julio Acta 34	$2.520.000	$0	$2.520.000	$532.591.800	59%
Julio Acta 35	$10.337.320	$0	$10.337.320	$542.929.120	60%
Julio Acta 36	$21.537.810	$0	$21.537.810	$564.466.930	63%
Julio Acta 37	$12.726.280	$0	$12.726.280	$577.193.210	64%
Julio Acta 38	$2.289.380	$0	$2.289.380	$579.482.590	64%
Agosto Acta 39	$35.896.350	$0	$35.896.350	$615.378.940	68%
TOTAL EJECUTADO	$615.378.940	PENDIENTE POR EJECUTAR	$284.621.060		68%

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en Manizales a los 09 dias del mes de Agosto del 2024
2. El contratista ha venido cumpliendo con el objeto del contrato
3. Se observan en la entrada al servicio farmacéutico, se hace ingreso de Material Medico Quirurgico al sistema Hosvital financiero.
4. Se hace entrega de soportes de aportes de seguridad social.

DIANA CAROLINA ARCILA ALZATE
Jefe Almacenista
Supervisora

JAIME ALBERTO LOZANO TOBON
Quimico farmaceutico
Supervisor

Mónica Herao
REVISADO ALMACEN

Jacqueline
ELABORADO POR

[REntAlmc]

E.S.E. HOSPITAL DEPTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS

890801099-5

Fecha Reporte: 09/08/2024
Hora: 10:16:06
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-568815

FECHA: 09/08/2024 10:22:53 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 82401 **REMISIÓN No.:** **ORDEN No.:**0

Proveedor: 900361174 TERUMO COLOMBIA ANDINA S.A.S. **Teléfono:** 2568400
Dirección: CL 103 14 A 53 OF 307 **Ciudad:** BOGOTA D.C.(BOGOTA D.C.)
Bodega: 02 FARMACIA
Observación: **Pago A:*** 90 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
00150000027	OXIGENADOR ADULTO + BULBO	UN	15,00	1.390.000,000000	20.850.000,00	3.961.500,00	0,00	24.811.500,00
Totales					20.850.000,00	3.961.500,00	0,00	24.811.500,00

Jackeline López G

ELABORO JACKELINE LOPEZ GARCIA

RECIBIÓ

09/08/2024 *** **FIN DEL REPORTE** *** 10:16:06

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** JACLOGA

Autorización Servicios

nueva eps

Solicitada el: 15/04/2024 16:26
Autorizada el: 15/04/2024 18:19
Impresa el: 16/04/2024 07:57

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-235292338
Código Eps: EPS037

Afiliado: **CC 4442593 HERNANDEZ BALLESTEROS JOSE**

Edad:71 **Fecha Nacimiento:** 07/05/1952 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: CL 9 11 121 ALTOS DEL PORTON
Departamento: CALDAS 17 **Municipio:** MANIZALES 001
Teléfono Afiliado: (6)-3206513475 **Celular Afiliado:** 3206513475 **Correo Electrónico:** jcamila1247@gmail.com
IPS Primaria: U.T. VIVA MANIZALES SEDE VILLAMARIA

Solicitado por: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS
Nit: 890801099 5 **Código:** 170010087301
Dirección: SALIDA A CHINCHINA
Departamento: CALDAS 17 **Municipio:** MANIZALES 001
Teléfono: (6)-606 8932750

Ordenado por: INSTUTUCIONAL INSTUTUCIONAL
Remitido a: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS
Nit: 890801099 5 **Código:** 170010087301
Dirección: SALIDA A CHINCHINA
Departamento: CALDAS 17 **Municipio:** MANIZALES 001
Teléfono: (6)-606 8932750

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx:	I200	ANGINA INESTABLE

Código	Cantidad	Descripción Servicio
876122	1	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO

Estancia de día(s) desde el por []
Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral Según Guia: No

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: NATALY ALEJANDRA HURTADO LEON
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P071-293954037
Registro impreso por: SANDRA MILENA OCAMPO CEBALLOS

TERUMO

Avenida Calle 100 No. 23-10 Piso 2
PBX: 2568400
Bogotá, D.C. - Colombia

TERUMO COLOMBIA ANDINA SAS Nit 900.361.174-6
Responsable de I.V.A. - Régimen común
Gran Contribuyente para ICA en Bogotá Res. DDI-032117 de Octubre 25/2019
Act. principales ICA 47731-46451 con tarifa 4.14x1000
Otras actividades ICA 3319 con tarifa 9.66x1000 "La tributación por ICA para TERUMO es en el Distrito Capital de Bogotá- favor abstenerse de practicar retenciones en ciudades diferentes"
Somos Autorretenedores RES. DIAN No. 005760 de 26/Jul/2018
No somos agentes retenedores de I.V.A.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FP 82401

Cufe : 9149b72f2bacc3ff3835cc9808165ffd6f8bd219ef8ede6854b54aa8346539c3339c3c69e2f6ccc73d5658968b7d3f7e

Cliente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SAN	Destinatario: HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SAN	Fecha Factura: 08/08/2024 2:51 AM — Fecha Vto. 06/11/2024
Identificación: NIT 890801099 5	Dirección: KM 2 SALIDA A CHINCHINA	Vendedor: ALARCON HERRERA NILSON
Dirección: KM 2 SALIDA A CHINCHINA	Teléfono: 8879200	Condición de Pago: NETO A 90 DIAS — Medio de Pago: Transferencia
Teléfono: 8879200	Ciudad: MANIZALES	Remisión: 116175 — Orden Venta: 24019147
Ciudad: MANIZALES		Orden de Compra: OXIG ADULTO TUBE 06/08/24
Total items: 1		

ITEM	REFERENCIA/ CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LOTE/ SERIAL	FECHA VTO	CANTIDAD	UM	VALOR UNITARIO	TARIFA IVA	IVA	TOTAL SIN IVA
1	3CX*FX25REC	OXIGENADOR FX25 C	3M16	30/09/2026	15.00	UN	1,390,000.00	19 %	3,961,500	20,850,000.00

E.S.E Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas

No Radicado	CE-240808-7944
Fecha y Hora	2024-08-08 09:47
Destinatario	FARMACIA-HEMO
Asunto	FACT FP82401

VALOR EN LETRAS: VEINTE Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON 00/100 M/CTE**********

ELABORADO POR: PEREZ SOTO GINA PAOLA

SUB TOTAL	20,850,000.00
IVA	3,961,500.00
RETE IVA	594,225.00
RETE ICA	00.00
VALOR NETO	24,217,275.00

Autorización de facturación electrónica DIAN tipo 4 Número 18764063651915 desde 2024/01/12 vigencia 12 meses. Rango de numeración autorizado FP 72.001 al 100.000

FIRMA Y SELLO
TERUMO COLOMBIA ANDINA S.A.S.

CLIENTE
FECHA, FIRMA Y SELLO

Fecha y Hora Validación: 08/08/2024 8:56 AM

ORIGINAL

Proveedor Tecnológico Soluciones S.A.S. NIT 900.028.580-2 Software

LISTA DE VERIFICACIÓN PROCEDIMIENTO SEGURO RADIÓLOGIA - CENTRO CARDIOVASCULAR

Sant
Hospital Depar

PBX : 887 92 00 NIT: 890.801.099 -5

Nombres y apellidos:	Identificacio
Fecha (d/m/a)	Procedimiento:
Peso(Kg):	Edad:

Antes de ingresar a la unidad

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Confirma Nombres y apellidos del paciente				
Procedimiento correcto				
Orden medica				
Orden de facturación				
Acompañante				
Ayuno				
Reporte de laboratorio - Creatinina - Tiempos de coagulación				
Alergia a soya y/o clara de huevo				
Suspende Metformina antes del estudio con medio de contraste				
Si es usuario mujer y está en edad fertil, se descarta embarazo actual				
Antecedente de reacciones medicamentosas				
Prótesis dentales removibles				
Entrega de pertenencias al acompañante del paciente				
Diligencia formato de identificación del paciente (manilla)				

Antes de iniciar el procedimiento

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Consentimiento informado firmado				
Explica y verifica comprension de derechos y deberes				
Requiere de algún tipo de aislamiento				
Carro de paro disponible				
Equipo de oxigenoterapia disponible				
Via aerea permeable				
Equipo de aspiracion disponible				
Monitor de signos vitales disponible				
Signos Vitales				FC:
Configuración de equipos con Procedimiento correcto				
Conserva la Intimidad del paciente				
Acceso venoso permeable con calibre protocolizado				
Confirma en voz alta antecedente de alergias				

Si tuvo alguna reacción durante el procedimiento (Descríbala)	Si tuvo alguna complicación, ¿cu tomaron?

[REntAlmc]

E.S.E. HOSPITAL DEPTAL UNIVERSITARIO SANTA SOFIA DE CALDAS

890801099-5

Fecha Reporte: 09/08/2024
Hora: 10:17:49
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-568816

FECHA: 09/08/2024 10:24:41 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 82402 **REMISIÓN No.:** **ORDEN No.:**0

Proveedor: 900361174 TERUMO COLOMBIA ANDINA S.A.S. **Teléfono:** 2568400
Dirección: CL 103 14 A 53 OF 307 **Ciudad:** BOGOTA D.C.(BOGOTA D.C.)
Bodega: 02 FARMACIA
Observación:

Pago A:* 90 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
00150000028	TUBERIA + FILTRO PARA OXIGENADOR	UN	6,00	621.000,000000	3.726.000,00	707.940,00	0,00	4.433.940,00
00150000028	TUBERIA + FILTRO PARA OXIGENADOR	UN	3,00	621.000,000000	1.863.000,00	353.970,00	0,00	2.216.970,00
00150000028	TUBERIA + FILTRO PARA OXIGENADOR	UN	6,00	621.000,000000	3.726.000,00	707.940,00	0,00	4.433.940,00
Totales					9.315.000,00	1.769.850,00	0,00	11.084.850,00

Jackeline López

ELABORO JACKELINE LOPEZ GARCIA

RECIBIÓ

09/08/2024 *** **FIN DEL REPORTE** *** 10:17:49

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** JACLOGA

LISTA DE VERIFICACIÓN PROCEDIMIENTO SEGURO
RADIÓLOGIA - CENTRO CARDIOVASCULAR

Sant
Hospital Depar

PBX : 887 92 00 NIT: 890.801.099 -5

Nombres y apellidos:	Identificacio
Fecha (d/m/a)	Procedimiento:
Peso(Kg):	Edad:

Antes de ingresar a la unidad

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Confirma Nombres y apellidos del paciente				
Procedimiento correcto				
Orden medica				
Orden de facturación				
Acompañante				
Ayuno				
Reporte de laboratorio - Creatinina - Tiempos de coagulación				
Alergia a soya y/o clara de huevo				
Suspende Metformina antes del estudio con medio de contraste				
Si es usuario mujer y está en edad fertil, se descarta embarazo actual				
Antecedente de reacciones medicamentosas				
Prótesis dentales removibles				
Entrega de pertenencias al acompañante del paciente				
Diligencia formato de identificación del paciente (manilla)				

Antes de iniciar el procedimiento

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Consentimiento informado firmado				
Explica y verifica comprension de derechos y deberes				
Requiere de algún tipo de aislamiento				
Carro de paro disponible				
Equipo de oxigenoterapia disponible				
Via aerea permeable				
Equipo de aspiracion disponible				
Monitor de signos vitales disponible				
Signos Vitales				FC:
Configuración de equipos con Procedimiento correcto				
Conserva la Intimidad del paciente				
Acceso venoso permeable con calibre protocolizado				
Confirma en voz alta antecedente de alergias				

Si tuvo alguna reacción durante el procedimiento (Descríbala)	Si tuvo alguna complicación, ¿cu tomaron?

TERUMO

Avenida Calle 100 No. 23-10 Piso 2
PBX: 2568400
Bogotá, D.C. - Colombia

TERUMO COLOMBIA ANDINA SAS Nit 900.361.174-6
Responsable de I.V.A. - Régimen común
Gran Contribuyente para ICA en Bogotá Res. DDI-032117 de Octubre 25/2019
Act. principales ICA 47731-46451 con tarifa 4.14x1000
Otras actividades ICA 3319 con tarifa 9.66x1000 "La tributación por ICA para TERUMO es en el Distrito Capital de Bogotá- favor abstenerse de practicar retenciones en ciudades diferentes"
Somos Autorretenedores RES. DIAN No. 005760 de 26/Jul/2018
No somos agentes retenedores de I.V.A.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FP 82402

Cufe : 91d4aaf5d3273a632cf8f1aff927b18e4ad5bf2436577b5920811e751f39046ff5b0675b395d5655c6034dd096ec278c

Cliente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SAN Identificación: NIT 890801099 5 Dirección: KM 2 SALIDA A CHINCHINA Teléfono: 8879200 Ciudad: MANIZALES Total items: 3	Destinatario: HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO SAN Dirección: KM 2 SALIDA A CHINCHINA Teléfono: 8879200 Ciudad: MANIZALES	Fecha Factura: 08/08/2024 2:51 AM — Fecha Vto.: 06/11/2024 Vendedor: ALARCON HERRERA NILSON Condición de Pago: NETO A 90 DIAS — Medio de Pago: Transferencia Remisión: 116162 — Orden Venta: 24019148 Orden de Compra: OXIG ADULTO TUBE 06/08/24

ITEM	REFERENCIA/ CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LOTE/ SERIAL	FECHA VTO	CANTIDAD	UM	VALOR UNITARIO	TARIFA IVA	IVA	TOTAL SIN IVA
1	75866	CARDIOVASCULAR PROCEDURE KIT T	0000398328	31/07/2025	6.00	UN	621,000.00	19 %	707,940	3,726,000.00
2	75866	CARDIOVASCULAR PROCEDURE KIT T	0000408140	31/07/2025	3.00	UN	621,000.00	19 %	353,970	1,863,000.00
3	75866	CARDIOVASCULAR PROCEDURE KIT T	0000382392	31/05/2025	6.00	UN	621,000.00	19 %	707,940	3,726,000.00

E.S.E Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas

No Radicado	CE-240808-7945
Fecha y Hora	2024-08-08 09:49
Destinatario	FARMACIA-HEMO
Asunto	FACT FP82402

VALOR EN LETRAS: DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON 00/100 M/CTE**********

ELABORADO POR: PEREZ SOTO GINA PAOLA

SUB TOTAL	9,315,000.00
IVA	1,769,850.00
RETE IVA	265,478.00
RETE ICA	00.00
VALOR NETO	10,819,372.00

Autorización de facturación electrónica DIAN tipo 4 Número 18764063651915 desde 2024/01/12 vigencia 12 meses. Rango de numeración autorizado FP 72.001 al 100.000

FIRMA Y SELLO
TERUMO COLOMBIA ANDINA S.A.S.

CLIENTE
FECHA, FIRMA Y SELLO

Fecha y Hora Validación: 08/08/2024 8:56 AM

ORIGINAL

Proveedor Tecnológico: Cadena Papeles S.A. NIT 860.028.580-2 Software Factura

LISTA DE VERIFICACIÓN PROCEDIMIENTO SEGURO
RADIÓLOGIA - CENTRO CARDIOVASCULAR

Sant
Hospital Depan

PBX : 887 92 00 NIT: 890.801.099 -5

Nombres y apellidos:	Identificacio
Fecha (d/m/a)	Procedimiento:
Peso(Kg):	Edad:

Antes de ingresar a la unidad

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Confirma Nombres y apellidos del paciente				
Procedimiento correcto				
Orden medica				
Orden de facturación				
Acompañante				
Ayuno				
Reporte de laboratorio - Creatinina - Tiempos de coagulación				
Alergia a soya y/o clara de huevo				
Suspende Metformina antes del estudio con medio de contraste				
Si es usuario mujer y está en edad fertil, se descarta embarazo actual				
Antecedente de reacciones medicamentosas				
Prótesis dentales removibles				
Entrega de pertenencias al acompañante del paciente				
Diligencia formato de identificación del paciente (manilla)				

Antes de iniciar el procedimiento

Concepto	SI	No	No aplica	Observ
Consentimiento informado firmado				
Explica y verifica comprension de derechos y deberes				
Requiere de algún tipo de aislamiento				
Carro de paro disponible				
Equipo de oxigenoterapia disponible				
Via aerea permeable				
Equipo de aspiracion disponible				
Monitor de signos vitales disponible				
Signos Vitales				FC:
Configuración de equipos con Procedimiento correcto				
Conserva la Intimidad del paciente				
Acceso venoso permeable con calibre protocolizado				
Confirma en voz alta antecedente de alergias				

Si tuvo alguna reacción durante el procedimiento (Descríbala)	Si tuvo alguna complicación, ¿cu tomaron?