ACTA DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO N° S-0339-2025

ACTA DE SUPERVISIÓN N°				05
SUPERVISOR	JUAN CARLOS SÁNCHEZ RENDÓN		CÉDULA	16´115.079
PROVEEDOR	MEDIHOSPITALARIOS S.A.S			
NIT	900.411.678-1	OBJETO	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	
FECHA INICIACIÓN	26 de marzo de 2025		FECHA FIN	31 de diciembre de 2025
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 87.604.160		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ -
RCP	20250404		RCP ADICIÓN	

FACTURAS DEL PERÍODO SUPERVISADO		
FACTURA	NUMERO DE LA ENTRADA	VALOR FACTURA
19176	575326	$ 1.129.735
TOTAL FACTURADO		$ 1.129.735

EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
Mes Facturado	VALOR A CANCELAR	Valor Ejecutado	% de Ejecución del contrato
Enero	$0	$0	0%
Febrero	$0	$0	0%
Marzo	$1.232.535	$1.232.535	1%
Abril	$1.104.400	$1.104.400	3%
Abril	$1.951.580	$1.951.580	5%
Abril	$110.600	$110.600	7%
Abril	$1.129.735	$1.129.735	8%
SALDO EJECUTADO		$5.528.850	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 23 dias del mes de abril del 2025.
2. El contratista ha venido cumpliendo con el objeto del contrato
3. Se observan en la entrada al servicio farmacéutico, se hace ingreso de Medicamentos al sistema Hosvital financiero.
4. Se hace entrega de soportes de aportes de seguridad social.

NOTA: Sin novedad

JUAN CARLOS SÁNCHEZ RENDÓN
Jefe Almacen
Supervisor

MIGUEL ANGEL MARTINEZ RAMIREZ
Servicio Farmaceutico
Supervisor

LUIS CARLOS LEIVA CASTRO
Revisado por:

[REntAlmc]

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

890801099-5

Fecha Reporte: 23/04/2025
Hora: 15:46:15
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-575326

FECHA: 23/04/2025 15:47:37 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 19176 **REMISIÓN No.:** **ORDEN No.:**0

Proveedor: 900411678 MEDIHOSPITALARIO SAS **Teléfono:** 8867290
Dirección: CL 76 A 21 - 96 BRR MILAN **Ciudad:** MANIZALES(CALDAS)
Bodega: 02 FARMACIA
Observación: CONTRATO N° 339 **Pago A:*** 90 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
21390000001	ASEPTIDINA TOPICA AL 2% X 120ML	UN	54,00	10.200,000000	550.800,00	0,00	0,00	550.800,00
21390000035	JABON QUIRURGICO 4% ESPUMA BOLSAX 800mL	UN	7,00	38.005,000000	266.035,00	0,00	0,00	266.035,00
73060000048	JABON QUIRURGICO 4% SENSOR BOLSA X 800ML	UN	7,00	44.700,000000	312.900,00	0,00	0,00	312.900,00
Totales					1.129.735,00	0,00	0,00	1.129.735,00

ELABORO JAQUELIN MARULANDA DUQUE

RECIBIÓ

23/04/2025 *** **FIN DEL REPORTE** *** 15:46:15

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JAQMADU

MEDIHOSPITALARIOS

MEDIHOSPITALARIOS S.A.S.
Nit: 900.411.678-1
Cra 23 D No 69-21 Barrio Palermo
Tel: 8877220
Impuesto sobre las ventas - IVA
Fecha Validación: 22/04/2025 11:17:33
NO SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA
Autorretenedores ICA 3.7x mil -Resolución 0055 10-

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-19176

Nombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE		
CC/NIT	890801099-5	**Telefono**	8879200
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha**	22/04/2025 11:17:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	20/08/2025
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
006188	PE No.22322 - CLORHEXIDINA 2% Y ALCOHOL ISOPROPILICO 70% SLN TOPICA x 120 ML SPRAY (ASEPTIDINA) REF:17011600 - PROASEPSIS CUM(20043901-3) INVIMA(2020M-0013206-R1) ATC(D08AC52) Lote: 114031124 Fecha Vence: 30/11/2027	UND	0	54	0	$10,200	$550,800
001708	PE No.22322 - JABON QUIRURGICO ASEPTIDINA ESPUMA MANUAL x 800ML BOLSA REF:12111301-05 - PROASEPSIS CUM(19945396-10) INVIMA(2015M-0003464-R1) ATC(D08AC02) Lote: 116000325 Fecha Vence: 31/03/2027	UND	0	7	0	$38,005	$266,035
006497	PE No.22322 - JABON QUIRURGICO ASEPTIDINA ESPUMA SENSOR x 800ML BOLSA REF:12111301-06 (NUEVO) - PROASEPSIS CUM(19945396-9) INVIMA(2015M-0003464-R1) ATC(D08AC02) Lote: 115280125 Fecha Vence: 31/01/2027	UND	0	7	0	$44,700	$312,900
	Total Cantidades			68			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$1,129,735	EXCENTO	$1,129,735	$0

Observaciones
CONTRATO 0339-25 ORDEN DE COMPRA: 9324

SUBTOTAL:	$1,129,735
TOTAL:	**$1,129,735**

HABILITACION NUMERACION SEGUN R.DIAN N.18764084287841 DE 28-nov./2024 RANGO DEL N.FE-17776 AL FE-20000 VIGENCIA 12 MES(ES)

Firma Emisor

Recibi conforme y acepto esta factura por el producto o servicio prestado Ley 1231/2008. Fecha Recibido __ /__ /____
NOMBRE:_____
C.C:_____
Firma:_____

CUFE: 478acb08b4b9211a03ea19639fc911507cbfc1f1907f5fabeba045778dcdec1359d51f428a51fd79eb45d1e7b2c4f3c0

Puede pagar por transferencia bancaria a la cuenta corriente Bancolombia 62366782317 ó Banco BBVA 0638029553, favor enviar el comprobante de pago informando la cancelación de facturas a contabilidad@medihospitalarios.com. El pago no oportuno genera interés de mora mensual según resolución de la superintendencia bancaria.

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

No Radicado	CE-250423-2165
Fecha y Hora	2025-04-23 01:20
Destinatario	FARMACIA
Asunto	FACTURA FE-19176