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

ACTA DE SUPERVISIÓN N°				06
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
19244	575447	$ 685.050
TOTAL FACTURADO		$ 685.050

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%
Abril	$685.050	$685.050	9%
SALDO EJECUTADO		$6.213.900	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 29 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: 28/04/2025
Hora: 16:03:21
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-575447

FECHA: 28/04/2025 16:04:58 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 19244 **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: CON CARGO A CONTRATO 0339 DE 2025 **Pago A:*** 90 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
00680000001	AMIODARONA 150MG/3ML SLN INYECT VIA IV	UN	150,00	4.567,000000	685.050,00	0,00	0,00	685.050,00
Totales					685.050,00	0,00	0,00	685.050,00

ELABORO ALEJANDRO ESCOBAR LOTERO

RECIBIÓ

28/04/2025 *** **FIN DEL REPORTE** *** 16:03:22

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: ALEESLO

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: 28/04/2025 10:50:13
NO SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA
Autorretenedores ICA 3.7x mil -Resolución 0055 10-

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-19244

Nombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE		
CC/NIT	890801099-5	**Telefono**	8879200
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha**	28/04/2025 10:50:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	26/08/2025
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
000376	PE No.22388 - AMIODARONA CLORHIDRATO x 150 MG/3ML AMPOLLA - ADS CUM(19992832-3) INVIMA(2008M-0008550) ATC(C01BD01) **Fecha Vence:** 31/07/2026 **Lote:** ADS178AC24	UND	0	150	0	$4,567	$685,050
	Total Cantidades			150			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$685,050	EXCENTO	$685,050	$0

SUBTOTAL:	$685,050
TOTAL:	**$685,050**

Observaciones
CONTRATO 0339-25
ORDEN DE COMPRA: 9346

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: 4c304bdcf739acf895282ffdd64c2001e0f791b2e40b568d1bb90f287457a18092e82149c1abe790d6fe8e72531c154b

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-250429-2296
Fecha y Hora	2025-04-29 09:03
Destinatario	FARMACIA
Asunto	FACTURA FE-19244

Santa Sofía
FARMACIA
Recibido por: