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

ACTA DE SUPERVISIÓN N°			28
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
20944	578772	$ 1.255.000
TOTAL FACTURADO		$ 1.255.000

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%
Mayo	$1.177.750	$1.177.750	11%
Mayo	$5.438.000	$5.438.000	15%
Mayo	$2.827.575	$2.827.575	18%
Mayo	$1.286.091	$1.286.091	19%
Mayo	$292.785	$292.785	20%
Mayo	$2.686.734	$2.686.734	23%
Mayo	$4.218.555	$4.218.555	28%
Junio	$840.850	$840.850	29%
Junio	$163.150	$163.150	29%
Junio	$447.000	$447.000	29%
Julio	$2.043.450	$2.043.450	32%
Julio	$2.589.550	$2.589.550	35%
Agosto	$3.427.820	$3.427.820	38%
Agosto	$2.888.380	$2.888.380	42%
Agosto	$894.000	$894.000	43%
Septiembre	$1.164.280	$1.164.280	44%
Septiembre	$1.370.100	$1.370.100	46%
Septiembre	$1.269.120	$1.269.120	47%
Septiembre	$2.782.170	$2.782.170	50%
Septiembre	$800.690	$800.690	51%
Octubre	$890.584	$890.584	52%
Octubre	$1.255.000	$1.255.000	54%
SALDO EJECUTADO		$46.967.534	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a lós 08 dias del mes de octubre 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: 08/10/2025
Hora: 15:17:58
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-578772

FECHA: 08/10/2025 15:25:30 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 20944 **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
00140000032	CALCIO GLUCONATO 10% AMP X 10ML VIA I.V	UN	500,00	2.510,000000	1.255.000,00	0,00	0,00	1.255.000,00
Totales					1.255.000,00	0,00	0,00	1.255.000,00

ELABORO JAQUELIN MARULANDA DUQUE

RECIBIÓ

08/10/2025 *** **FIN DEL REPORTE** *** 15:17:58

(*) 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
NO SOMOS AGENTES DE RETENCION DE IVA
Autorretenedores ICA 3.7x mil -Resolución 0055
10-10-2022 medihospitalariossas@hotmail.com

Fecha Validación: 08/10/2025 10:48:52

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-20944

Nombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE		
CC/NIT	890801099-5	**Telefono**	8879200
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha**	08/10/2025 10:48:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	05/02/2026
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
005839	PE No.24186 - GLUCONATO DE CALCIO 10% x 10 ML SLN INY I.V. Lenta ó I.M. Profunda REF:3560230 - B BRAUN CUM(20039073-1) INVIMA(2022M-0013294-R2) ATC(A12AA03) **Lote:** 25125010 **Fecha Vence:** 28/02/2028	UND	0	500	0	$2,510	$1,255,000
	Total Cantidades			**500**			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$1,255,000	EXCENTO	$1,255,000	$0

Observaciones

CONTRATO 0339-25
ORDEN DE COMPRA: 9911

SUBTOTAL:	$1,255,000
TOTAL:	**$1,255,000**

AUTORIZACION NUMERACION SEGUN R.DIAN N.18764095282417 DE 7-jul./2025 RANGO DEL N.FE-20001 AL FE-30000 VIGENCIA 24 MES(ES)

Firma Emisor

Recibi conforme y acepto esta factura por el producto o servicio prestado Ley 1231/2008. Fecha Recibido: 7/10/2025
NOMBRE: [illegible]
C.C: 75013100
Firma:

SOFIA
BODEGA FARMACIA
Recibido por

CUFE: 16dab39a5538cb676adbd1db3f6bb921108fa7315c11309af6efd01c[illegible]ea1cbd46d375c292bda7c8c29a90202ce49be

Puede pagar por transferencia bancaria a la cuenta corriente Bancolombia 623667[illegible]17 o Banco BBVA 0638029553, favor enviar el comprobante de pago informando a cancelación de facturas a contabilidad@medihospitalarios.com. El pago no oportuno genera interés de mora mensual según resolución de la superintendencia bancaria.