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

ACTA DE SUPERVISIÓN N°				32
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
21158	579315	$ 306.000
TOTAL FACTURADO		$ 306.000

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%
Octubre	$1.020.000	$1.020.000	55%
Octubre	$228.030	$228.030	55%
Octubre	$2.274.014	$2.274.014	58%
Noviembre	$306.000	$306.000	58%
SALDO EJECUTADO		$50.795.578	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 06 dias del mes de noviembre 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: 06/11/2025
Hora: 08:34:17
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-579315

FECHA: 06/11/2025 08:43:44 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 21158 **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: contraot 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	30,00	10.200,000000	306.000,00	0,00	0,00	306.000,00
Totales					306.000,00	0,00	0,00	306.000,00

ELABORO JAQUELIN MARULANDA DUQUE

RECIBIÓ

06/11/2025 *** **FIN DEL REPORTE** *** 08:34:17

(*) 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: 04/11/2025
10:44:54

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-21158

Nombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE	**Telefono**	8879200
CC/NIT	890801099-5	**Fecha**	04/11/2025 10:44:00
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha Vencimiento**	04/03/2026
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Forma de Pago	CRÉDITO	**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ
Médico			

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
006188	PE No.24413 - 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:** 118420625 **Fecha Vence:** 30/06/2028	UND	0	30	0	$10,200	$306,000
	Total Cantidades			30			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$306,000	EXCENTO	$306,000	$0

SUBTOTAL:	$306,000
TOTAL:	**$306,000**

Observaciones
CONTRATO 0339-25
OP 9976

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 4/11/2025
NOMBRE: Alexis Gomez P
C.C: 1507[illegible]
Firma:

CUFE: cbf4be09791b6fc0069b0564d783bca07451f5ab2f034f316eb6fb809a6f5ebad2b63dc4ff0e5928e1f114b42be5f015

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-251105-7038
Fecha y Hora	2025-11-05 08:31
Destinatario	FARMACIA
Asunto	FACTURA FE-21158