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

ACTA DE SUPERVISIÓN N°			33
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
21206	579384	$ 532.070
TOTAL FACTURADO		$ 532.070

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%
Noviembre	$532.070	$532.070	59%
SALDO EJECUTADO		$51.327.648	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 07 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: 07/11/2025
Hora: 14:41:36
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-579384

FECHA: 07/11/2025 14:47:59 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 21206 **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
21390000035	JABON QUIRURGICO 4% ESPUMA BOLSAX 800mL	UN	14,00	38.005,000000	532.070,00	0,00	0,00	532.070,00
Totales					532.070,00	0,00	0,00	532.070,00

ELABORO ALEJANDRO ESCOBAR LOTERO

RECIBIÓ

07/11/2025 *** **FIN DEL REPORTE** *** 14:41:36

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

Fecha Validación: 07/11/2025
10:41:27

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-21206

lombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE		
C/NIT	890801099-5	**Telefono**	8879200
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha**	07/11/2025 10:40:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	07/03/2026
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
1708	PE No.24462 - JABON QUIRURGICO ASEPTIDINA ESPUMA MANUAL x 800ML BOLSA REF:12111301-05 - PROASEPSIS CUM(19945396-10) INVIMA(2015M-0003464-R1) ATC(D08AC02) **Lote:** 118670725 **Fecha Vence:** 31/07/2027	UND	0	14	0	$38,005	$532,070
			Total Cantidades	14			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
REDITO	$532,070	EXCENTO	$532,070	$0

bservaciones
ONTRATO 0339-25
RDEN DE COMPRA: 9976

SUBTOTAL:	$532,070
TOTAL:	**$532,070**

UTORIZACION 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 __ /__ /____
NOMBRE:_____
C.C:_____
Firma:_____

UFE: e642b5b5ef9b664893a2914b35d8b070a7439c34a6f3b1439b282dcf7eca4070b67a18fe109ffdb91937e62d516b29c8

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