E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
MUNICIPIO DE SAN LUIS

ACTA DE INTERVENTORIA

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE:

FECHA DE INFORME:	DIA:	**20**	MES:	**4**	AÑO:	**2026**
1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la):						
CONTRATO No	**295A-2025**		**FACTURA No**		4773	
CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE RESTREPO MUÑOZ					
IDENTIFICACION CONTRATISTA	**NIT :**		**C.C :**	**x**	**Nº**	1017156848
Contratista persona natural	**x**	**Contratista persona jurídica**		**-**	**Registro presupuestal**	**373**
2. OBJETO:	requiere garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos para la prestación oportuna y eficiente de los servicios de salud. Que se hace necesario realizar el mantenimiento preventivo de equipos de hematología, con el fin de asegurar la calidad en la atención a los usuarios.					
3. PLAZO DE EJECUCIÓN:		**TREINTA (30) DIAS**				
4. VALOR INICIAL DEL CONTRATO / OPS						**$ 1.630.000**
5. ADICION:						
6. VALOR TOTAL DEL CONTRATO / OPS:						**$ 1.630.000**
El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales.					**SI**	**X**
					NO	
8. OBSERVACIONES:						
9. VALOR DE AVANCE:			**PAGO CORRESPONDIENTE:**			**UNICO**
Valor del contrato / OPS						**1.630.000**

Pago Nº	**Fecha**	**Comprobante No**	**Valores Pagados**	**Saldo**
1	20/04/2026		1.630.000	
			1.630.000	
Valor Avances:				**$ 1.630.000**
Valor autorizado para este pago:				**$ 1.630.000**
Saldo sin ejecutar:				**0**

Yolieth P. Hoyos

VoBo- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO