Tibú, 29 de mayo de 2026

**PARA: ANA MARIA PEREZ RAMIREZ**
Gerente

**REFERENCIA:** INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No. 0625-2026.

Por medio de la presente me permito presentar informe de supervisión del Contrato de la referencia, manifestando lo siguiente:

**IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO N°** | 0625 - 2026 |
| **CONTRATISTA** | COHOSAN R/L TERRY ALEXANDER NIEVES CEPEDA |
| **NIT.** | 804009200-4 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | SUMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPS PERTENECIENTES A LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE. |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 19/05/2026 |
| **FECHA TERMINACIÓN** | 31/08/2026 |
| **CDP N°** | 1028 |
| **CDP ADICIÓN N°** | N/A |
| **PERIODO DE EJECUCIÓN** | **Del 19 al 28 de mayo de 2026.** |
| **VALOR INICIAL** | $ 188.590.345,00 |
| **VALOR DE LA ADICION (OTRO SI)** | N/A |
| **VALOR TOTAL** | $ 188.590.345,00 |
| **VALOR A COBRAR** | $ 43.031.521,00 |

| **Abril – Mayo 2026** | **APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA N°** | **6017387952** |
|---|---|---|
| **APORTES** | **ENTIDAD** | **VALOR** |
| SALUD | VARIOS | $ 10.892.200 |
| PENSIÓN | VARIOS | $ 28.889.700 |
| ARL | VARIOS | $ 936.400 |
| CAJAS DE COMPENSACION | VARIOS | $ 7.339.400 |
| OTROS | VARIOS | $ 2.090.200 |
| **VALOR TOTAL** | | **$50.147.900** |

Teniendo en cuenta que el proveedor factura electrónicamente, el contratista anexa la siguiente la relación:

| NUMERO DE FACTURA |
|---|
| FVE-132905 |
| FVE-132927 |
| FVE-132953 |
| FVE-132969 |
| FVE-133319 |

Por lo anterior el suscrito supervisor delegado del contrato **Nº 0625 - 2026**, certifica que el contrato en mención se cumplió satisfactoriamente según como dice el objeto del mismo, durante el periodo comprendido del **19 al 28 de mayo de 2026.**

**ESTADO CONTROL FINANCIERO DEL CONTRATO:**

| | | |
|---|---|---|
| Valor total contrato | $ 188.590.345,00 | Saldo |
| Valor primer pago | $ 43.031.521,00 | $ 145.558.824,00 |

Informe presentado en Tibú, 29 de mayo de 2026.

**GLADYS CECILIA PEREZ**
Regente farmacia-supervisor

E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE

# E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE
# 807008857-9

## COMPROBANTE DE EGRESO : 00 01747

**ORDEN DE PAGO** : 00 001571-V
**FECHA** : 03/06/2026
**BENEFICIARIO** : COOPERATIVA DE HOSPITALES DE SANTANDER Y EL NORORIENTE COLOMBIANO COHOSAN
**CTA. BENEFICIARIO** :
**NIT** : 804009200-4
**CONCEPTO** : SUMINISTRO
**OBJETO** : DEFINITIVA PARA PAGO SUMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPS PERTENECIENTES A LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE DEL 19 AL 28 DE MAYO DE 2026 SEGUN FACTURA CON ENTRADA DE FARMACIA No FCF91, FVE133319, FCF81, FVE132969, FCF80, FVE132953, FCF79, FVE132927, FCF73, FVE132905 Y CERTIFICACION DE SUPERVISOR DEACUERDO AL CONTRATO No 625
**BANCO** : DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS - CUENTA MAESTRA
**CUENTA** : 0663-00090-462
**TIPO DE PAGO** : T. Eletronica
**CHEQUE No.** :
**DOCUMENTO** : 625

**DISPONIBILIDAD** : 00 1028 - 14/05/2026
**REGISTRO** : 00 01048 - 19/05/2026

**IMPUTACIÓN OPERACIONES EFECTIVAS :**

| CODIGO | CONCEPTO | DEF. | RUBRO | ATRIBUTO | CODIGO CONTABLE | FUENTE RECURSO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00A _221101 | PRODUCTOS FARMACEUTICOS | 00 001571 | 00A -2.4.5.01.03.04 | 00 | 240101.01 | 40-RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SALUD | 43,031,521.00 |
| | | | | | | **TOTALES** | **43,031,521.00** |
| | | | | | | **NETO A PAGAR** | **43,031,521.00** |

**ANA MARIA PEREZ RAMIREZ**
Gerente ESE HRN

**YEIMY KATERINE RINCON NIÑO**
TESORERA

Bienvenido: Señor(a) ANA MARIA PEREZ RAMIREZ
NIT 8070088579 - ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

miércoles 3 de junio de 2026

# Detalle de Pago de Proveedores

| Detalle Pago | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Proceso Pago: | 10658539 | Nombre del Proceso de Pago: | PAG SUMIN MEDICAMENTOS ESE HRN 19-28 MAYO CONT 625-2026 |
| Cantidad Pagos | 1 | Valor Total a Pagar | $ 43.031.521,00 |
| Tipo Identificación | NIT | No. Identificación | 8040092004 |
| Nombres | COOPERATIVA DE HOSPITALES Y ORGANISMOS DE SALUD DE | Apellidos | COOPERATIVA DE HOSPITALES Y ORGANISMOS DE SALUD DE |
| Número de referencia | 0000000000000000 | | |
| Tipo Producto o Servicio Destino | Cuenta Corriente Otros Bancos | No. Producto o Servicio Destino | 28822266951 |
| Banco | BANCOLOMBIA | Estado Pago | Pendiente de Respuesta otros bancos |
| E-Mail | | Valor del Pago | $ 43.031.521,00 |

REGRESAR

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE

**E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE**
**NIT : 807008857-9**

# ORDEN DE PAGO No. 00 001571

FECHA : 03/06/2026
A FAVOR DE : COOPERATIVA DE HOSPITALES DE SANTANDER Y EL NORORIENTE COLOMBIANO COHOSAN NIT: 804009200-4
CONCEPTO : DEFINITIVA PARA PAGO SUMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES IPS PERTENECIENTES A LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE DEL 19 AL 28 DE MAYO DE 2026 SEGUN FACTURA CON ENTRADA DE FARMACIA No FCF91, FVE133319, FCF81, FVE132969, FCF80, FVE132953, FCF79, FVE132927, FCF73, FVE132905 Y CERTIFICACION DE SUPERVISOR DEACUERDO AL CONTRATO No 625

REGISTRO PRESUPUESTAL No. : 00 01048 -- may-19/2026
No. CONTRATO : 625 TIPO : 06 - SUMINISTRO
DEPENDENCIA : GERENCIA

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS:

| RUBROS | DESCRIPCIÓN | REGISTRO | VALOR |
|---|---|---|---|
| 00A -2.4.5.01.03.04 | Productos Farmaceuticos | 01048 - 19/05/2026 | 43,031,521.00 |
| | | **TOTALES** | **43,031,521.00** |

VIGENCIA : 2026
VALOR : CUARENTA Y TRES MILLONES TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTIUN PESOS.

**JORGE MARIO ARENAS AMAYA**
SUBGERENTE