E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
MUNICIPIO DE SAN LUIS ANTIOQUIA
NIT-890982091-2

ACTA DE INTERVENTORIA

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE:

FECHA DE INFORME:	DIA:	**19**	MES:	**8**	AÑO:	**2026**
1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la):						
CONTRATO No	**125A-2026**		**CONSECUTIVO FACTURA No**	**FVE 59497**		
CONTRATISTA:	**DISTRIBUIDORA DE SOFTWARE Y MOVILIDAD**					
IDENTIFICACION CONTRATISTA	**NIT :**	**X**	**C.C :**		**Nº**	**900.650.486-9**
Contratista persona natural	**-**	**Contratista persona jurídica**			**Registro presupuestal**	**692**
2. OBJETO:	SUMINISTRO DE TONER PARA IMPRESORAS DEL PROGRAMA PAPSIVI DE LA E.S.E SEDE PUERTO TRIUNFO					
3. PLAZO DE EJECUCIÓN:		**TREINTA (30) DIAS**				
4. VALOR INICIAL DEL CONTRATO / OPS		**$ 300,000**				
5. ADICION:						
6. VALOR TOTAL DEL CONTRATO / OPS:		**$ 300,000**				
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				**$ 300,000**		

Pago Nº	**Fecha**	**Comprobante No**	**Valores Pagados**	**Saldo**
1	19/08/2026		$ 300,000	
Valor autorizado para este pago:				
Saldo sin ejecutar:				**300,000**

Nieth P. Hoyos

VoBo- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO