E.S.E Hospital San Rafael
San Luis - Antioquia
¡Comprometidos con usted!

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

ACTA DE INTERVENTORIA

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE:

FECHA DE INFORME:	DIA:	**4**	MES:	**9**	AÑO:	**2026**
1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la):						
CONTRATO No	**145A-2026**		**CONSECUTIVO FACTURA No**	**MEDI-11878**		
CONTRATISTA:	**COMERCIALIZADORA MEDIFLASH SAS**					
IDENTIFICACION CONTRATISTA	**NIT :**		**C.C :**	**X**	**Nº**	901651245-9
Contratista persona natural	**X**	**Contratista persona jurídica**			**Registro presupuestal**	**754**
2. OBJETO:	SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO PARA PROGRAMA SALUD PUBLICA DE LA E.S.E SEDE PTO TRIUNFO					
3. PLAZO DE EJECUCIÓN:	**30 DIAS**					
4. VALOR INICIAL DEL CONTRATO / OPS	**$ 1,260,983**					
5. ADICION:						
6. VALOR TOTAL DEL CONTRATO / OPS:	**$ 1,260,983**					
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:**		**UNICA**	
Valor del contrato / OPS				**1,260,983**		

Pago Nº	Fecha	Comprobante No	Valores Pagados	Saldo
1	04/09/2026		1,260,983	
			1,260,983	
Valor Avances:				
Valor autorizado para este pago:				1,260,983
Saldo sin ejecutar:				-

Yolieth P. Hoyos

VoBo- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO