ACTA DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO N° S-0482 -2026

ACTA DE SUPERVISIÓN N°			24
SUPERVISOR	JUAN CARLOS SÁNCHEZ RENDÓN	CÉDULA	16´115.079
PROVEEDOR	MEDIHOSPITALARIOS S.A.S		
NIT	900.411.678-1	OBJETO	SUMINISTRO MEDICAMENTOS
FECHA INICIACIÓN	30 de abril de 2026	FECHA FIN	24 de diciembre de 2026
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 142.540.280	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$
RCP	20260640	RCP ADICIÓN	

FACTURAS DEL PERÍODO SUPERVISADO		
FACTURA	NUMERO DE LA ENTRADA	VALOR FACTURA
24248	585542	$ 1.447.690
TOTAL FACTURADO		$ 1.447.690

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Mes Facturado	VALOR A CANCELAR	Valor Ejecutado	% de Ejecución del contrato
Enero	$0	$0	0%
Febrero	$0	$0	0%
Marzo	$0	$0	0%
Abril	$0	$0	0%
Mayo	$776.000	$776.000	1%
Mayo	$12.291.710	$12.291.710	9%
Mayo	$4.315.430	$4.315.430	12%
Mayo	$2.502.070	$2.502.070	14%
Junio	$5.338.880	$5.338.880	18%
Junio	$590.175	$590.175	18%
Junio	$4.162.250	$4.162.250	21%
Junio	$2.052.000	$2.052.000	22%
Junio	$2.257.200	$2.257.200	25%
Junio	$2.257.200	$2.257.200	26%
Junio	$57.480	$57.480	26%
Julio	$5.422.525	$5.422.525	29%
Julio	$2.395.250	$2.395.250	31%
Julio	$357.975	$357.975	31%
Julio	$2.447.250	$2.447.250	33%
Julio	$344.880	$344.880	33%
Agosto	$5.110.750	$5.110.750	37%
Agosto	$674.225	$674.225	37%
Agosto	$609.525	$609.525	38%
Agosto	$4.537.660	$4.537.660	41%
Septiembre	$3.301.500	$3.301.500	43%
Septiembre	$344.880	$344.880	44%
Septiembre	$1.136.050	$1.136.050	44%
Septiembre	$1.447.690	$1.447.690	45%
SALDO EJECUTADO		$64.730.555	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 17 dias del mes de septiembre del 2026.
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: 17/09/2026
Hora: 11:08:08
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-585542

FECHA: 17/09/2026 11:10:01 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 24248 **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: contrato n° 482 **Pago A:*** 90 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
21390000001	ASEPTIDINA TOPICA AL 2% X 120ML	UN	142,00	10.195,000000	1.447.690,00	0,00	0,00	1.447.690,00
Totales					1.447.690,00	0,00	0,00	1.447.690,00

ELABORO JAQUELIN MARULANDA DUQUE

RECIBIÓ

17/09/2026 *** **FIN DEL REPORTE** *** 11:08:08

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JAQMADU

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 -Resoiución 0055
10-10-2022 medihospitalariossas@hotmail.com

Fecha Validación: 16/09/2026 12:38:16

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-24248

Nombre Cliente	HOSPITAL DPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS ESE		
CC/NIT	890801099-5	**Telefono**	8879200
Dirección	Calle 5 No. 40 - 02 Barrio Asturias	**Fecha Generación**	16/09/2026 12:38:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	14/01/2027
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
006188	PE No.27834 - CLORHEXIDINA 2% Y ALCOHOL ISOPROPILICO 70% SLN TOPICA x 120 ML SPRAY (ASEPTIDINA) REF:17011600 - PROASEPSIS CUM(20043901-3) INVIMA(2020M-0013206-R1) ATC(D08AC52) **Lote:** 123370726 **Fecha Vence:** 31/07/2029	UND	0	142	0	$10,195	$1,447,690
				Total Cantidades	**142**		

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$1,447,690	EXCENTO	$1,447,690	$0

Observaciones
CONTRATO 0482-2026 | OP 10708

SUBTOTAL:	$1,447,690
TOTAL:	**$1,447,690**

AUTORIZACION NUMERACION SEGUN R.DIAN N.18764095282417 DE 7-jul./2025 RANGO DEL N.FE-20001 AL FE-30000 VIGENCIA 24 MES(ES)

Santa Sofía
1 ~ SEP. 2026
Firma Emisor
BODEGA FARMACIA
Recibido por

Recibi conforme y acepto esta factura por el producto o servicio prestado(s) 1231/2008. Fecha Recibido 16/9/26
NOMBRE: Simon Arboleda
C.C: 1055359077
Firma: Simon Arboleda

Santa Sofía
16 SEP. 2026
BODEGA FARMACIA
Recibido por

CUFE: be455e74b0c0cec4fea08d26828aa692f7ea2b92f9668cfe3cff70bf6a92391635fead2ee5dd6d66a3ad7a4794af21d944

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