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

ACTA DE SUPERVISIÓN N°			25
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
24294	585608	$ 38.700
TOTAL FACTURADO		$ 38.700

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%
Septiembre	$38.700	$38.700	45%
SALDO EJECUTADO		$64.769.255	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1. Para constancia se firma en manizales a los 22 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: 22/09/2026
Hora: 12:56:31
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: IEA-585608

FECHA: 22/09/2026 12:59:17 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Facturada

FACTURA No.: 24294 **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
00430000010	ONDANSETRON 8MG AMP X 4ML VIA IM-IV	UN	20,00	1.935,000000	38.700,00	0,00	0,00	38.700,00
Totales					38.700,00	0,00	0,00	38.700,00

ELABORO JAQUELIN MARULANDA DUQUE

RECIBIÓ

22/09/2026 *** **FIN DEL REPORTE** *** 12:56:31

(*) 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 -Resolución 0055
10-10-2022 medihospitalariossas@hotmail.com

Fecha Validación: 21/09/2026 14:54:28

FACTURA VENTA ELECTRONICA
FE-24294

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**	21/09/2026 14:54:00
Ciudad	MANIZALES (CALDAS)	**Fecha Vencimiento**	19/01/2027
Forma de Pago	CRÉDITO	**Vendedor**	VENDEDOR GENERAL
Médico		**Usuario**	BRANDON RUGELES LÓPEZ

Código	Nombre Articulo	Medida	Imp	Cantidad	Dsct	Valor U. N.	Total
001025	PE No.27894 - ONDANSETRON (CYSTRON) 8MG/4ML SLN INY I.V./I.M. - QILU PHARMACEUTICAL/HB HUMAN CUM(20106247-1) INVIMA(2017M-0017735) ATC(A04AA01) **Lote:** 5K0063C06 **Fecha Vence:** 01/10/2027	UND	0	20	0	$1,935	$38,700
	Total Cantidades			**20**			

Medio de Pago		Impuesto	Base	Vlr. Impuesto
CREDITO	$38,700	EXCENTO	$38,700	$0

Observaciones
CONTRATO 0482-2026 | OP 10708

SUBTOTAL:	$38,700
TOTAL:	**$38,700**

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

Firma Emisor

Recibi conforme y acepto esta factura por el producto o servicio prestado Ley 1231/2008. Fecha Recibido __ /__ /____
NOMBRE:_____
C.C:_____

Firma:_____

CUFE: 68b6ec6927b6a59c9d066d1f8fd1f8407d11c782bdd38c97c56ab40ff830294e057f029457e8aeccfbb6d7c32c435d34

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.

Santa Sofía
21 SEP. 2026
BODEGA FARMACIA
Recibido por