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:	**29**	MES:	**10**	AÑO:	**2026**
1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la):						
CONTRATO No	**177A-2026**		**CONSECUTIVO FACTURA No**	**FE 6632**		
CONTRATISTA:	**GMEDICAL S.A.S**					
IDENTIFICACION CONTRATISTA	**NIT :**	X	**C.C :**		**Nº**	**900757316**
Contratista persona natural		**Contratista persona jurídica**		**X**	**Registro presupuestal**	**918**
2. OBJETO:	**SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LA E.S.E SAN LUIS**					
3. PLAZO DE EJECUCIÓN:		**30 DIAS**				
4. VALOR INICIAL DEL CONTRATO / OPS						**$ 939,600**
5. ADICION:						
6. VALOR TOTAL DEL CONTRATO / OPS:						**$ 939,600**
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						**939,600**

Pago Nº	Fecha	Comprobante No	Valores Pagados	Saldo
1	29/10/2026		939,600	
			939,600	
VALOR DE PAGOS TOTALES				**$ 939,600**
Valor Avances:				
Valor autorizado para este pago:				939,600
Saldo sin ejecutar:				

Arleth P. Hoyos

VoBo- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO