

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05			
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024			
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10			
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2			
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									
Fecha:	31/07/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO			
No. de Contrato:	490-2023			VALOR		\$ 475.976.472,75					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-024-2023-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL", VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026										
Nombre de Contratista	MEDINISTROS S.A.S			NIT/ CC		830.053.755					
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación		SELECCIÓN ABREVIADA					
Cuenta Bancaria No.	11302373401	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101095020	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		3/01/2024					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2024	94224	9/01/2024			94224	9/01/2024	FE75674	18/07/2024	15883	ZE-12657	\$ 13.800.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 13.800.000,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Trece millones ochocientos mil pesos.											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR EJECUTADO		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
VIGENCIA AÑO (Ej: 2023)	\$ 810.000,00						\$ 810.000,00		\$ 0,00		
VIGENCIA AÑO (Ej: 2024)	\$ 177.137.280,00						\$ 104.790.000,00		\$ 72.347.280,00		
VIGENCIA AÑO (Ej: 2025)	\$ 186.171.281,28								\$ 186.171.281,28		
VIGENCIA AÑO (Ej: 2026)	\$ 111.857.911,47								\$ 111.857.911,47		
TOTAL CONTRATO	\$ 475.976.472,75						\$ 105.600.000,00		\$ 370.376.472,75		

Nombre del Supervisor Diana Patricia Parra Valencia				Fecha de notificación: 09-08-2024										
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION										
	4/01/2024			31/07/2026										
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más													
Prorrogas:	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales JUNIO correspondiente al mes de JUNIO 2024 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION														
NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.														
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro reacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA A AL	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO		FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES			

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN
						Página:	10
							2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Diana Patricia Parra Valencia

[Handwritten Signature]

NÚMERO DE CEDULA:	52279725
CELULAR :	3118198030
CORREO:	dparra@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		