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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**28/02/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**FEBRERO**

No. de Contrato:	**CTO - 341/2024**				**VALOR**	**$**	**388.123.200,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SI-012-2024-HOMIL**								
Objeto	**SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIAS 2024-2025 - LOTE 21**								
Nombre de Contratista	**MEDINISTROS S.A.S**				**NIT/ CC**	**830053755**			
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**				**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA**			
Cuenta Bancaria No.	**11302373401**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**18-44-101101430☐**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**25/10/2024**				

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA AÑO 2025	22825	8/01/2025	228	8/01/2025	20325	8/01/2025	FE-87069	11/02/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE-85114	7/01/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE-85117	7/01/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE-84494	16/12/2024	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE-85829	20/01/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 28.262.500,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTIOCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	$ 90.000.000,00			$ 28.262.500,00	$ 61.737.500,00
VIGENCIA AÑO 2025	$ 298.123.200,00				$ 298.123.200,00
TOTAL CONTRATO	$ 388.123.200,00	$ -	$ -	$ 28.262.500,00	$ 359.860.700,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:** **17/10/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	1/11/2024	**15/09/2025**
Vigencia del Contrato:	**15/09/2025**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____ENERO 2025_____ los parafiscales.☐

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 realcionado a continuacion:

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO**	**MARCA**	**NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado/ existencias almacén)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN**	**FECHA DE INSTALACIÓN**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**	**OBSERVACIONES**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

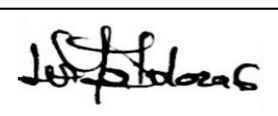
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**		**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**		**FECHA DE MANTENIMIENTO**		**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL**	**OBSERVACIONES**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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**	**Valor**

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN** **10**
		Página:	**2 DE 2**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Luz María Toloza González**	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**39.648.310**		
CELULAR :		**CORREO: ltoloza@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		
Pago de Seguridad Social		