

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:	14/3/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO 2025			
No. de Contrato:	383/2023	VALOR			\$ 1.789.500.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	016/2023										
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 LOTES N° 4, 8 y 9										
Nombre de Contratista	MEDINISTROS S.A.S			NIT/ CC		830.053.755-0					
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación		LICITACION PUBLICA					
Cuenta Bancaria No.	11302373401	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	2050823	Aseguradora (Si aplica):	JMALUCELLI TRAVERS SEGUROS		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	14/11/2023					
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Prosupuestal (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
VIGENCIA 2025	9325	8/1/2025	93	08/01/20	7825	8/1/2025	FE 87919	3/3/2025	ZF000000017277	FTS	\$ 693.036,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 693.036,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TREINTA Y SEIS PESOS MCTE											
VIGENCIA	VL CONTRATO (A)		VL ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VL EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
VIGENCIA 2023	\$ 10.500.000,00						\$ 10.500.000,00		\$ 0,00		
VIGENCIA 2024	\$ 655.000.000,00				\$ 150.000.000,00		\$ 461.161.380,00		\$ 43.838.620,00		
VIGENCIA 2025	\$ 724.000.000,00								\$ 724.000.000,00		
VIGENCIA 2026	\$ 400.000.000,00								\$ 400.000.000,00		
TOTAL CONTRATO \$ 1.789.500.000,00 \$ - \$ 150.000.000,00 \$ 471.661.380,00 \$ 1.167.838.620,00											
Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA							Fecha de notificación: 16/11/2023				
Plazo de ejecución: 31/07/2026			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION				
			16/11/2023				31/7/2026				
Vigencia del Contrato:			LA VIGENCIA SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS								
Prorrogas:			En tiempo								
			1-								
			2-								
			3-								
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales: CERTIFICACION DE FECHA . 17 FEBRERO 2025 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social ; 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

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 o/ existenci as)	CANTIDAD	NÚMERO 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

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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: RICARDO SILVA RUEDA

NÚMERO DE CEDULA:
80.408.996

CELULAR : 3153350782

CORREO: rsilva@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1