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:	31/3/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO

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

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	8/1/2025	228	8/1/2025	20325	8/1/2025	FE 88011	3/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88014	3/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88016	3/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88615	11/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88616	11/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88617	11/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88618	11/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88935	17/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88936	17/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 88937	17/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 89285	20/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 89518	26/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
							FE 89519	26/3/2025	N/A	N/A	$ 5.652.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 73.482.500,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA 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			$ 90.000.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	$ 298.123.200,00			$ 11.745.000,00	$ 286.378.200,00
TOTAL CONTRATO	$ 388.123.200,00	$ -	$ -	$ 90.000.000,00	$ 286.378.200,00

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	15/9/2025
Vigencia del Contrato:	15/9/2025	
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 _____MARZO 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 EQUIPO	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

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		