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:	1/04/2025	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MARZO
No. de Contrato:	487-2023			VALOR	$ 5.447.286.299,25		
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 LOTE 10						
Nombre de Contratista	LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S LOGYSMED			NIT/ CC	$ 830.023.819,00		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	402-538838-57	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101433514	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2024		

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					
ANO 2025	18825	8/01/2025	188	8/01/2025	16325	8/01/2025	E87365	6/03/2025	4796	ZF000000017369	$ 1.870.000,00
							E87381	11/03/2025	5056	ZF000000017481	$ 4.135.000,00
							E87404	18/03/2025	5564	ZF000000017660	$ 18.186.300,00
							E87403	18/03/2025	5565	ZF000000017661	$ 7.640.000,00
							E87411	20/03/2025	5781	ZF000000017709	$ 24.340.000,00
							E87412	20/03/2025	5782	ZF000000017710	$ 6.100.000,00
							E87445	31/03/2025	7097	ZF000000017897	$ 24.993.000,00
							E87446	31/03/2025	7098	ZF000000017898	$ 23.440.000,00
							E87444	31/03/2025	7099	ZF000000017899	$ 6.896.000,00
										VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 117.600.300,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento diecisiete millones seiscientos mil trescientos 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**)	**$ 9.270.000,00**			$ 9.270.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 2.027.237.760,00**		**$ 956.956.460,00**	$ 1.070.281.300,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 2.130.626.885,76**			$ 378.897.300,00	$ 1.751.729.585,76
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 1.280.151.653,49**				$ 1.280.151.653,49
TOTAL CONTRATO	**$ 5.447.286.299,25**	**$ -**	**$ 956.956.460,00**	**$ 1.458.448.600,00**	**$ 3.031.881.239,25**

Nombre del Supervisor WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL

Fecha de notificación: 13-01-2025

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 correspondiente al mes de **FEBRERO 2025** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de(**FEBRERO 2025**); 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 realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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

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 debera 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: **WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL**

Wilson A Quintero P

NÚMERO DE CEDULA:	80088506
CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		