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 INFORME	MARZO
No. de Contrato:	491-2023			VALOR	$ 2.938.126.375,00		
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	EXEL MEDICAL SAS			NIT/ CC	900.127.147		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	62628246011	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente x
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	14-46101103016	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):	4/01/2024		

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					
AÑO2025	20325	8/01/2025	203	8/01/2025	17825	8/01/2025	ULT15024	3/03/2025	4708	ZF000000017323	$ 2.298.410,00
							ULT15023	3/03/2025	4710	ZF000000017324	$ 3.380.016,00
							ULT15022	3/03/2025	4711	ZF000000017325	$ 1.464.673,00
							ULT15021	3/03/2025	4716	ZF000000017327	$ 5.960.094,00
							ULT15020	3/03/2025	4717	ZF000000017328	$ 478.835,00
							ULT15019	3/03/2025	4718	ZF000000017329	$ 1.521.007,00
							ULT15112	6/03/2025	4814	ZF000000017378	$ 3.830.684,00
							ULT15113	6/03/2025	4815	ZF000000017379	$ 2.253.344,00
							ULT15132	7/03/2025	4935	ZF000000017427	$ 2.704.012,00
							ULT15133	7/03/2025	4936	ZF000000017428	$ 3.380.016,00
							ULT15194	10/03/2025	5271	ZF000000017523	$ 2.253.344,00
							ULT15251	13/03/2025	5272	ZF000000017524	$ 732.337,00
							ULT15250	13/03/2025	5273	ZF000000017525	$ 4.326.420,00
							ULT15271	14/03/2025	5385	ZF000000017554	$ 1.464.673,00
							ULT15272	14/03/2025	5387	ZF000000017555	$ 3.380.016,00
							ULT15325	18/03/2025	5491	ZF000000017632	$ 7.886.704,00
							ULT15305DEV	17/03/2025	5577	ZF000000017666	$ 777.404,00
							ULT15306DEV	17/03/2025	5579	ZF000000017668	$ 2.129.410,00
							ULT15350	19/03/2025	5592	ZF000000017673	$ 478.835,00
							ULT15351	19/03/2025	5596	ZF000000017677	$ 478.835,00
							ULT15411	21/03/2025	5988	ZF000000017750	$ 1.521.007,00
							ULT15442	25/03/2025	6231	ZF000000017779	$ 10.016.114,00
							ULT15502	26/03/2025	6523	ZF000000017809	$ 478.835,00
							ULT15509	28/03/2025	6916	ZF000000017850	$ 1.419.606,00
							ULT15510	28/03/2025	6918	ZF000000017851	$ 1.521.007,00
							ULT15511	28/03/2025	6919	ZF000000017852	$ 2.253.344,00
							ULT15512	28/03/2025	6921	ZF000000017853	$ 3.380.016,00
							ULT15513	28/03/2025	6922	ZF000000017854	$ 4.236.286,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 76.484.119,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Setenta y seis millones cuatrocientos ochenta y cuatro mil ciento diecinueve 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**)	**$ 5.000.000,00**			$ 5.000.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 1.093.440.000,00**		$ 228.716.329,00	$ 864.723.671,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 1.149.205.440,00**			$ 225.899.564,00	$ 923.305.876,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 690.480.935,00**				$ 690.480.935,00
TOTAL CONTRATO	**$ 2.938.126.375,00**		**$ 228.716.329,00**	**$ 1.095.623.235,00**	**$ 1.613.786.811,00**

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**); 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 EQUIPO	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 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: **WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL**

Wilson A Quintero P

NÚMERO DE CEDULA:	**80088506**
CELULAR :	**CORREO:**

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		