

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO										CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05			
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS										FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024			
		MANUAL: CONTRATACION										VERSIÓN: 10			
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES										PAGINA 1 DE 2			
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI															
Fecha:	15/05/2025		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO			X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O	INFORME No.057 SUMINISTRO ABRIL 2025 (2 de 2)			
No. de Contrato:	304/2023					VALOR.			111.055.782.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-006-2023 HOMIL FARMACIA														
Objeto	"ADQUISICIÓN, RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN, SUMINISTRO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE UN OPERADOR LOGÍSTICO, PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".														
Nombre de Contratista	UNION TEMPORAL MEDMFEN 25					NIT/ CC			901725146-7						
Clase de Contrato	SUMINISTRO					Modalidad de Contratación			ADQUISICIÓN, DISPENSACIÓN, SUMINISTRO, DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE MEDICAMENTOS						
Cuenta Bancaria No.	309000064 (9 dígitos)		Banco:		BBVA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 70728 - No. 21007072800000			Aseguradora (Si aplica): CHUBB SEGUROS COLOMBIAS A			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 22 DE JUNIO DE 2023									
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL															
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (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	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2191	ABRIL 2025.	NF000000007903	ALM.PRODUCCION F	680.860.801,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2192	ABRIL 2025.	NF000000007904	ALM.PRODUCCION F	63.097.498,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2195	ABRIL 2025.	KG000000006350	ALM.FARMACIA SALA	8.944.150,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2199	ABRIL 2025.	LF000000001601	ALM.FARMACIA SALA	83.169.410,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2193	ABRIL 2025.	KG000000006351	ALM.FARMACIA SALA	25.875,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2196	ABRIL 2025.	NF000000007905	ALM.PRODUCCION F	4.521.852,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2197	ABRIL 2025.	NF000000007906	ALM.PRODUCCION F	15.679.490,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2198	ABRIL 2025.	NF000000007907	ALM.PRODUCCION F	2.314.905,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2200	ABRIL 2025.	LF000000001602	ALM.FARMACIA SALA	4.438.000,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2204	ABRIL 2025.	KG000000006352	ALM.FARMACIA SALA	177.040,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2201	ABRIL 2025.	NF000000007908	ALM.PRODUCCION F	21.840,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2202	ABRIL 2025.	NF000000007909	ALM.PRODUCCION F	170.211.040,00				
VIGENCIA 2024	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2203	ABRIL 2025.	NF000000007910	ALM.PRODUCCION F	11.364.447,00				
VIGENCIA 2024	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2189	ABRIL 2025.	MH000000002718	FARMACIA SALAS DE	21.704,00				
VIGENCIA 2024	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MHS2194	ABRIL 2025.	KG000000006359	ALM.FARMACIA SALA	36.551.920,00				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											1.081.399.972,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: MIL OCHENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS															
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
VIGENCIA 2023	16.191.210.000,00		0,00			0,00			16.191.210.000,00		0,00				
VIGENCIA 2024	34.649.189.000,00		15.200.000.000,00			0,00			49.849.189.000,00		0,00				
VIGENCIA 2025	37.074.633.000,00		0,00			0,00			27.287.442.357,06		9.787.190.642,94				
VIGENCIA 2026	23.140.750.000,00		0,00			0,00			0,00		23.140.750.000,00				
TOTAL CONTRATO		111.055.782.000,00		15.200.000.000,00			0,00			93.327.841.357,06		32.927.940.642,94			
Nombre del Supervisor: ALEXANDER RAMIREZ							Fecha de notificación: 5 Julio 2023 y 19 Enero 2025								
Nombre del Supervisor: LIZ GISELLE TUIRAN ALVAREZ							Fecha de notificación: 5 Julio 2023								
Nombre del Supervisor: ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN							Fecha de notificación: 26 Diciembre 2024								
Nombre del Supervisor: ESPERANZA SANCHEZ AMAYA							Fecha de notificación: 5 Julio 2023								
Nombre del Supervisor: FELIX ANTONIO PALACIOS*							Fecha de notificación: 5 Julio 2023								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
		31/07/2026					31/07/2026								
Vigencia del Contrato:		DESDE EL 01 JULIO 2023 HASTA EL 31 DE JULIO DE 2026													
Prorrogas:		En tiempo													
		1-													
		2-													
		3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión ABRIL 2025 y riesgos profesionales ABRIL 2025 Planilla N° 9485785696 – correspondiente al mes de ABRIL 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 ABRIL 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 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/ 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	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	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	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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):															
No. COMPROB DE ENTRADA	No. FACTURA MEDMFEN	No. FACTURA DG net	No. OBLIGACION	SUB TOTAL	IVA	AFECTACION PRESUPUESTAL	VALOR BRUTO FACTURADO	IVA	RET. IVA	RET. ICA	RET.FTE.	SANCION	VALOR A PAGAR		
NF000000007903	MHS2191	MHS2191	8985	680.556.107,00	304.694,00	680.860.801,00	680.556.107,00	304.694,00	45.704,00	2.817.502,00	17.013.903,00	-	660.983.692,00		
NF000000007904	MHS2192	MHS2192	8986	63.097.498,00	-	63.097.498,00	63.097.498,00	-	-	261.224,00	1.577.437,00	-	61.258.837,00		
KG000000006350	MHS2195	MHS2195	9035	8.944.150,00	-	8.944.150,00	8.944.150,00	-	-	37.029,00	223.604,00	-	8.683.517,00		
LF000000001601	MHS2199	MHS2199	9153	83.169.410,00	-	83.169.410,00	83.169.410,00	-	-	344.321,00	2.079.235,00	-	80.745.854,00		
KG000000006351	MHS2193	MHS2193	9171	25.875,00	-	25.875,00	25.875,00	-	-	-	-	-	25.875,00		
NF000000007905	MHS2196	MHS2196	9174	4.521.852,00	-	4.521.852,00	4.521.852,00	-	-	18.720,00	113.046,00	-	4.390.086,00		
NF000000007906	MHS2197	MHS2197	9175	15.679.490,00	-	15.679.490,00	15.679.490,00	-	-	64.913,00	391.987,00	-	15.222.590,00		
NF000000007907	MHS2198	MHS2198	9176	2.314.905,00	-	2.314.905,00	2.314.905,00	-	-	9.584,00	57.873,00	-	2.247.448,00		
LF000000001602	MHS2200	MHS2200	9221	4.438.000,00	-	4.438.000,00	4.438.000,00	-	-	18.373,00	110.950,00	-	4.308.677,00		
KG000000006352	MHS2204	MHS2204	9228	177.040,00	-	177.040,00	177.040,00	-	-	-	-	-	177.040,00		
NF000000007908	MHS2201	MHS2201	9231	21.840,00	-	21.840,00	21.840,00	-	-	-	-	-	21.840,00		
NF000000007909	MHS2202	MHS2202	9232	170.211.040,00	-	170.211.040,00	170.211.040,00	-	-	704.674,00	4.255.276,00	-	165.251.090,00		
NF000000007910	MHS2203	MHS2203	9233	11.364.447,00	-	11.364.447,00	11.364.447,00	-	-	47.049,00	284.111,00	-	11.033.287,00		
MH000000002718	MHS2189	MHS2189	9254	21.704,00	-	21.704,00	21.704,00	-	-	-	-	-	21.704,00		
KG000000006359	MHS2194	MHS2194	9859	36.551.920,00	-	36.551.920,00	36.551.920,00	-	-	151.325,00	913.798,00	-	35.486.797,00		
TOTAL A PAGAR MEDICAMENTOS				1.081.095.278,00	304.694,00	1.081.399.972,00	1.081.095.278,00	304.694,00	45.704,00	4.474.714,00	27.021.220,00	-	1.049.858.334,00		
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							
N/A	N/A	N/A	N/A	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LIZ GISELLE TUIRAN ALVAREZ										FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:		1129521807													
CELULAR :		3186931206													
CORREO: ltuiran@homil.gov.co															
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ALEXANDER RAMIREZ										FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:		79384568													
CELULAR :		3204196442													
CORREO: alramirez@homil.gov.co															
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN										FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:															
CELULAR :															
CORREO: alpineda@homil.gov.co															
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ESPERANZA SANCHEZ AMAYA										FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:		51839281													
CELULAR :		3166332763													
CORREO: Esanchez@homil.gov.co															

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CODIGO:	VERSIÓN	10
			Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: FELIX ANTONIO PALACIOS*			FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA: 79610155					
CELULAR : 3166264357			CORREO: fpalacios@homil.gov.co		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: EDUIN RAMIREZ SANCHEZ			FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA: 6537699					
CELULAR : 3059157888			CORREO: eduin.ramirez@medmfen.com		
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:					
DOCUMENTOS			SI	Nº FOLIOS	
Informe de Actividades con sus soportes					
Acta de supervisión y/o Factura					
Pago de Seguridad Social					