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:	**30/09/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE**

No. de Contrato:	**CTO - 342/2024**				**VALOR**	**$**	**173.168.341,64**		
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 18 y 49.**								
Nombre de Contratista	**MEDIREX BIC SAS**				**NIT/ CC**		**830091676**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**				**Modalidad de Contratación**		**SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA**		
Cuenta Bancaria No.	**15412863502**		**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**NB-100349947**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**		**24/10/2024**			

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	21925	8/01/2025	219	8/01/2025	19425	8/01/2025	MDXE134786	11/09/2025	N/A	N/A	$ 2.139.835,39
							MDXE134904	15/09/2025	N/A	N/A	$ 2.139.835,39
							MDXE134992	16/09/2025	N/A	N/A	$ 2.139.835,39
							MDXE135301	23/09/2025	N/A	N/A	$ 2.139.835,39
							MDXE134990	16/09/2025	ZF000000021110	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 12.086.500,00
							MDXE134787	11/09/2025	ZF000000021111	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 4.834.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 25.480.441,56

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTICINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CINCUENTA Y SEIS CENTAVOS 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	$ 47.111.718,00			$ 47.111.718,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	$ 156.056.623,64		$ 30.000.000,00	$ 73.799.405,51	$ 52.257.218,13
TOTAL CONTRATO	$ 203.168.341,64			$ 120.911.123,51	$ 52.257.218,13

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**13/10/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	24/10/2024	**15/09/2025**	
Vigencia del Contrato:	**15/09/2025**		
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 _____SEPTIEMBRE 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**	**NUMERO 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

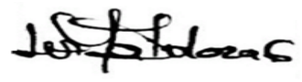
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**			**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**				**FECHA DE MANTENIMIENTO**		**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL**	**OBSERVACIONES**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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		