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**	**SEPTIEMBRE 2025**
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**	830023819		
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		

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**
ANO 2025	**18825**	**8/01/2025**	**188**	**8/01/2025**	**16325**	**8/01/2025**	E87906	2/09/2025	18899	ZF000000020718	$ 1.775.000,00
							E87934	8/09/2025	19588	ZF000000020866	$ 19.747.500,00
							E87935	8/09/2025	19589	ZF000000020867	$ 1.420.000,00
							E87957	15/09/2025	19837	ZF000000020971	$ 23.440.000,00
							E87972	18/09/2025	20014	ZF000000021054	$ 254.000,00
							E87973	18/09/2025	20016	ZF000000021055	$ 18.220.000,00
							E87986	23/09/2025	20418	ZF000000021145	$ 18.820.000,00
							E87987	23/09/2025	20423	ZF000000021146	$ 11.710.000,00
							E87988	23/09/2025	20580	ZF000000021175	$ 10.443.800,00
							E87998	25/09/2025	20766	ZF000000021198	$ 17.409.200,00
							E88000	29/09/2025	21156	ZF000000021262	$ 5.610.000,00
							E87999	29/09/2025	21159	ZF000000021263	$ 16.865.000,00
							E88001	29/09/2025	21165	ZF000000021264	$ 5.318.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 151.032.500,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento cincuenta y un millones treinta y dos mil quinientos 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**		**$ 500.000.000,00**	$ 880.494.800,00	$ 750.132.085,76
NCIA AÑO Ej:**2026**)	**$ 1.280.151.653,49**				$ 1.280.151.653,49
TOTAL CONTRATO	**$ 5.447.286.299,25**	**$ -**	**$ 1.456.956.460,00**	**$ 1.960.046.100,00**	**$ 2.030.283.739,25**

Nombre del Supervisor JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ	**Fecha de notificación: 27-03-2025**

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 **SEPTIEMBRE 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(**SEPTIEMBRE 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 deberá anexar el siguiente cuadro.

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: **JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ**



NÚMERO DE CEDULA:	CC .79299843
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		