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:	14/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE 2025
No. de Contrato:	383/2023			VALOR	$ 1.789.500.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	016/2023						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 LOTES N° 4, 8 y 9						
Nombre de Contratista	MEDINISTROS S.A.S			NIT/ CC	830.053.755-0		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA		

Cuenta Bancaria No.	11302373401	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	2050823	Aseguradora (Si aplica):	JMALUCELLI TRAVERS SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	14/11/2023

	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	9325	8/1/2025	93	08/01/20	7825	8/1/2025	FE 99321	25/9/2025	ZF000000021	FTS	$ 693.036,00
							FE 99322	25/9/2025	ZF000000021	FTS	$ 693.036,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 1.386.072,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETENTA Y DOS PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA 2023	$ 10.500.000,00			$ 10.500.000,00	$ 0,00
VIGENCIA 2024	$ 655.000.000,00		$ 150.000.000,00	$ 505.000.000,00	$ 0,00
VIGENCIA 2025	$ 724.000.000,00		$ 150.000.000,00	$ 129.506.338,00	$ 444.493.662,00
VIGENCIA 2026	$ 400.000.000,00				$ 400.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 1.789.500.000,00**	**$ -**	**$ 300.000.000,00**	**$ 645.006.338,00**	**$ 844.493.662,00**

Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación: 16/11/2023**

Plazo de ejecución: 31/07/2026	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	16/11/2023	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	LA VIGENCIA SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales: CERTIFICACION SEPTIEMBRE 2025
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social ; 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 continuacion:

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 o/ entregado en almacén)	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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):	

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: RICARDO SILVA RUEDA		
NÚMERO DE CEDULA: 80.408.996		
CELULAR : 3153350782		CORREO: rsilva@homll.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2