| 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:** | 29/11/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO** | **NOVIEMBRE 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 | **Asegura dora (Si aplica):** | SEGUROS DEL ESTADO S.A | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | 29/12/2024 | | | | |

| **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** | | | | | |
| **ANO 2025** | **18825** | **8/01/2025** | **188** | **8/01/2025** | **16325** | **8/01/2025** | E88064 | 4/11/2025 | 23711 | ZF000000021887 | $ 710.000,00 |
| | | | | | | | E88116 | 18/11/2025 | 24496 | ZF000000022116 | $ 13.840.000,00 |
| | | | | | | | E88117 | 18/11/2025 | 24498 | ZF000000022118 | $ 5.865.000,00 |
| | | | | | | | E88140 | 27/11/2025 | 26115 | ZF000000022364 | $ 23.840.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 44.255.000,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuarenta y cuatro millones doscientos cincuenta y cinco mil 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** | $ 991.459.500,00 | $ 639.167.385,76 |
| VIGENCIA 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** | **$ 2.071.010.800,00** | **$ 1.919.319.039,25** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 **NOVIEMBRE 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( **NOVIEMBRE 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 | Nº 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 | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | x | |
| Pago de Seguridad Social | | |