

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: 30-05-2024									
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10									
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 1									
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI													
Fecha:	31/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES		INFORME No 074 SUMINISTRO DICIEMBRE 2025					
No. de Contrato:	304/2023			VALOR		111.055.782.000									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tiende 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		90125146-7									
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										
INFORMACION 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	MH52927	DICIEMBRE 2025	ZF000000022961	FARMACIA TECNOLC	3.001.320.405,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MH52926	DICIEMBRE 2025	LF000000001669	FARMACIA TECNOLC	59.844.744,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MH52969	DICIEMBRE 2025	KG000000006560	FARMACIA TECNOLC	25.221.374,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MH53968	DICIEMBRE 2025	KG000000008561	FARMACIA TECNOLC	23.458.600,00				
VIGENCIA 2025	262523	27/06/2023	29303	30/07/2024	262523	27/06/2023	MH52956	DICIEMBRE 2025	MH000000002942	FARMACIA TECNOLC	27.330.595,00				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												3.137.175.718,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MIL NOVECIENTOS DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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	42.000.000.000,00		0,00		79.074.633.000,00		16.925.857,94						
VIGENCIA 2026		23.140.750.000,00	0,00		0,00		23.140.750.000,00		0,00						
TOTAL CONTRATO		111.055.782.000,00	57.200.000.000,00		0,00		145.096.106.142,06		23.157.678.857,94						
Nombre del Supervisor MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ															
Nombre del Supervisor LIZ GISELLE TUIRAN ALVAREZ															
Nombre del Supervisor JUAN CAMILO RAMIREZ JARAMILLO															
Nombre del Supervisor ESPERANZA SANCHEZ AMAYA															
Nombre del Supervisor FELIX ANTONIO PALACIOS*															
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 parafaciles EPS y Pensión DICIEMBRE 2025 y riesgos profesionales DICIEMBRE 2025 Planilla N° 9496298467 - correspondiente al mes de DICIEMBRE 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 detallada 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 almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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 me	No. OBLIGACION	SUB TOTAL	IVA	APECTACION PRESUPUESTAL	VALOR BRUTO FACTURADO	IVA	RET. IVA	RET. ICA	RET.FTE.	SANCION	VALOR A PAGAR		
ZF00000023062	MH52927	29185	3.000.711.018,00	609.387,00	-	3.001.320.405,00	3.000.711.018,00	609.387,00	91.408,00	17.422.844,00	75.012.775,00	-	2.913.788.478,00		
ZF00000023063	MH52926	29186	59.844.744,00	-	-	59.844.744,00	59.844.744,00	-	-	257.727,00	1.496.119,00	-	58.100.868,00		
ZF00000023064	MH52969	29187	25.221.374,00	-	-	25.221.374,00	25.221.374,00	-	-	104.516,00	620.534,00	-	24.485.424,00		
ZF00000023065	MH52968	29188	23.458.600,00	-	-	23.458.600,00	23.458.600,00	-	-	97.119,00	586.465,00	-	22.775.016,00		
ZF00000023066	MH52956	29189	27.330.595,00	-	-	27.330.595,00	27.330.595,00	-	-	113.149,00	683.765,00	-	26.524.181,00		
TOTAL A PAGAR MEDICAMENTOS				3.136.566.331,00	609.387,00	-	3.137.175.718,00	609.387,00	91.408,00	12.985.385,00	78.414.158,00	-	3.045.684.787,00		
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexionar el siguiente cuadro.															
INFORMACION GENERAL															
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	Entidad	Salud	Pensión	Riesgos Profesionales									
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							CORREO: ltuiran@homil.gov.co								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 52317251							CORREO: mvillalobos@homil.gov.co								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JUAN CAMILO RAMIREZ JARAMILL							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA:							CORREO: jramirez@homil.gov.co								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ESPERANZA SANCHEZ AMAYA							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 51839281							CORREO: Esanchez@homil.gov.co								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: FELIX ANTONIO PALACIOS*							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 79610155							CORREO: fpalacios@homil.gov.co								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: EDUIN RAMIREZ SANCHEZ							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 6537699							CORREO: eduin.ramirez@medmfen.com								
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:															
DOCUMENTOS															
Informe de Actividades con sus soportes															
Acta de supervisión y/o Factura															
Pago de Seguridad Social															
SI															
Nº FOLIOS															