

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:	31/01/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 341/2024					VALOR		\$ 388.123.200,00									
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 21																
Nombre de Contratista	MEDINISTROS S.A.S					NIT/ CC		830053755									
Clase de Contrato	SUMINISTROS					Modalidad de Contratación		SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA									
Cuenta Bancaria No.	11302373401			Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101101430☐		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		25/10/2024									
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 2026	22825	8/01/2025	250369		20325						8/01/2025	FE104414	5/01/2026	N/A	N/A	\$ 5.940.778,00
													FE104716	14/01/2026	N/A	N/A	\$ 5.940.778,00
								FE104717	14/01/2026	N/A	N/A	\$ 5.940.778,00					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$ 17.822.334,00					
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:			DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDÓS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS 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	\$ 90.000.000,00			\$ 90.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 298.123.200,00			\$ 268.238.494,00	\$ 29.884.706,00
TOTAL CONTRATO	\$ 388.123.200,00	\$ -	\$ -	\$ 358.238.494,00	\$ 29.884.706,00

Nombre del Supervisor: Luz María Toloza González		Fecha de notificación: 01/12/2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	1/11/2024		31/03/2026
Vigencia del Contrato:	31/03/2026		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-30/12/2025		
	2-31/03/2026		
	3-		

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fechas de ____ DICIEMBRE 2025 ____ los parafiscales.

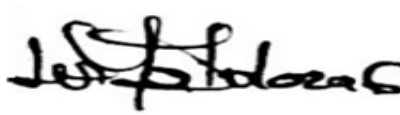
NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a 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 almacén)	CANTID AD	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		