2/23/26, 8:26 AM Hemos Recibido el Documento enviado por usted
Recuerde agregar esta dirección de correo a sus contactos, lista de remitentes seguros para asegurarse de recibir nuestros mensajes.

| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO | CODIGO: GA-CECO-GN-01-FO-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | 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:** | 26/02/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE** | **feb-26** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 494-2023 | **VALOR** | $ 470.100.220,00 |
| **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" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE 42 | | |
| **Nombre de Contratista** | ARTHROMEDS S.A | **NIT/ CC** | 900.131.246 |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTRO | **Modalidad de Contratación** | SELECCIÓN ABREVIADA |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 016087272 | **Banco:** | BANCO DE OCCIDENTE | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | X | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | C-100068749 | **Asegura dora (Si aplica):** | SEGUROS MUNDIAL | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | | 29/12/2023 | | | |

| 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 | | | | | |
| AÑO 2026 | 17426 | 6/01/2026 | 174 | 6/01/2026 | 17426 | 6/01/2026 | MEDS2202 | 4/02/2026 | 2029 | ZG000000023713 | $ 6.648.000,00 |
| | | | | | | | MEDS2342 | 23/02/2026 | 3192 | ZG000000024091 | $ 6.648.000,00 |
| | | | | | | | MEDS2341 | 23/02/2026 | 3195 | ZG000000024092 | $ 6.648.000,00 |
| | | | | | | | MEDS2347 | 24/02/2026 | 3231 | ZG000000024095 | $ 6.648.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 26.592.000,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTISÉIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y DOS 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**) | **$ 800.000,00** | | | $ 800.000,00 | $ 0,00 |
| VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**) | **$ 174.950.400,00** | $ 87.475.200,00 | $ 50.000.000,00 | $ 212.425.600,00 | $ 0,00 |
| VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**) | **$ 183.872.870,40** | **$ 91.000.000,00** | | $ 274.872.870,00 | $ 0,40 |
| VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**) | **$ 110.476.949,60** | | | $ 35.123.530,00 | $ 75.353.419,60 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 470.100.220,00** | **$ 178.475.200,00** | **$ 50.000.000,00** | **$ 523.222.000,00** | **$ 75.353.420,00** |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** : WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL | | **2/01/2025** |
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | 29/12/2023 | 31/07/2026 |
| **Vi[illegible] 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 **(FEBRERO 2026)** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de( **FEBRERO 2026** ); 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.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad** | **N° Planilla** | **Fecha de pago** | **SALUD** | | **PENSIÓN** | | **RIESGOS PROFESIONALES** | |
| | | | **Entidad** | **Valor** | **Entidad** | **Valor** | **Entidad** | **Valor** |
| | | | | | | | | |

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL

Wilson A Quintero P

| | |
|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | CC .80088506 |
| 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 | | |