

	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				PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						

Fecha:	31/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO					
No. de Contrato:	CTO - 343/2024			VALOR	\$ 216.462.777,36						
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 10.										
Nombre de Contratista	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.			NIT/ CC	830025149						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA						
Cuenta Bancaria No.	0065140012	Banco:	CITIBANK COLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros Corriente X					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-46-101065455	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/10/2024						
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 AÑO 2025	22725	8/01/2025	250346		20225	8/01/2025	MDTC4128910762	6/05/2026	ZG000000025555	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 3.445.900,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.445.900,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS 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	\$ 50.194.500,00			\$ 50.194.500,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 166.268.277,36	\$ 43.300.000,00		\$ 208.730.242,00	\$ 838.035,36
TOTAL CONTRATO	\$ 216.462.777,36	\$ -	\$ -	\$ 258.924.742,00	\$ 838.035,36

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO								Fecha de notificación: 31/01/2026						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		1/11/2024				31/05/2026								
Vigencia del Contrato:		31/05/2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporata la certificación de los aportes parafiscales de fecha ____ MAYO 2026 ____ 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 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/ 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:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745		
CELULAR :	CORREO:Mtoro@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		