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:	30/4/2026	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO		PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ABRIL

No. de Contrato:	492-2023			**VALOR**	$ 117.525.055,00				
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", VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026**								
Nombre de Contratista	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.			**NIT/ CC**	830025149				
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA				
Cuenta Bancaria No.	0065140012	**Banco:**	CITIBANK COLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-46-101041865	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS MUNDIAL	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	29/12/2024				

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO		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	**15226**	**6/1/2026**	**19425**	**6/1/2026**	**15226**	**6/1/2026**	NO APLICA	N/A	N/A	NO APLICA	NO APLICA
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											NO APLICA

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: NO APLICA

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej: **2023**)	**$ 200.000,00**			$ 200.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej: **2024**)	**$ 43.737.600,00**	**$ 21.868.500,00**		$ 65.606.100,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej: **2025**)	**$ 45.968.217,60**			$ 45.968.217,00	$ 0,60
VIGENCIA AÑO (Ej**: 2026**)	**$ 27.619.237,40**			$ 27.542.882,00	$ 76.355,40
TOTAL CONTRATO	**$ 117.525.055,00**	**$ 21.868.500,00**	**$ 0,00**	**$ 139.317.199,00**	**$ 76.356,00**

Nombre del Supervisor :Carlos Gregorio Torres Restrepo		**Fecha de notificación:** 25/12/2023	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	3/1/2024	**31/7/2026**	
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 NO APLICA ,en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (**NO APLICA**); 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	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO 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

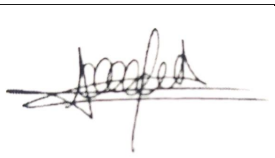
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN**	**10**
		Página:	**2 DE 2**	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Carlos Gregorio Torres Restrepo	
NÚMERO DE CEDULA:	CC **1020771175**
CELULAR :	CORREO: catorres@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	**x**	
Pago de Seguridad Social		