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:	30/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	jun-26
No. de Contrato:	495-2023			VALOR	$ 788.040.088,00		
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 49 y 54						
Nombre de Contratista	FIXMEDICAL			NIT/ CC	900622371		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	18098070890	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3814811-1	Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2024		

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					
AÑO 2026	17526	6/01/2026	201	6/01/2026	17625	6/01/2026	501620379	4/06/2026	11183	ZG000000026066	$ 3.028.513,00
							501620447	12/06/2026	11397	ZG000000026182	$ 3.028.513,00
							501620485	17/06/2026	11618	ZG000000026246	$ 3.028.513,00
							501620521	19/06/2026	11767	ZG000000026284	$ 3.028.513,00
							501620596	26/06/2026	12621	ZG000000026420	$ 3.028.513,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 15.142.565,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: QUINCE MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO 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**)	**$ 1.340.000,00**			$ 1.340.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 293.041.920,00**		$ 130.000.000,00	$ 163.041.920,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 307.987.057,92**			$ 184.858.068,00	$ 123.128.989,92
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 185.671.110,08**				$ 185.671.110,08
TOTAL CONTRATO	**$ 788.040.088,00**	$ -	**$ 130.000.000,00**	**$ 349.239.988,00**	**$ 308.800.100,00**

Nombre del Supervisor Carlos Gregorio Torres Restrepo	**Fecha de notificación:** 25/12/2023
Plaz[redacted]jecución	FECHA DE INICIO: 4/01/2024 — FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026
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 **(JUNIO 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 **(JUNIO2026)**; 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 EQUIPO	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	Nº 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: **Carlos Gregorio Torres Restrepo**

NÚMERO DE CEDULA:	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		