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:	30/6/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JUNIO**

No. de Contrato:	490-2023	**VALOR**	$ 503.576.472,75		
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	MEDINISTROS S.A.S	**NIT/ CC**	830.053.755		
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	11302373401	**Banco:** BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**Corriente** X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101095020	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	3/1/2024	

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
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**
AÑO 2026	**16026**	**6/1/2026**	**160**	**6/1/2026**	**16026**	**6/1/2026**	FE113731	18/6/2026	ZG000000026274	**FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD**	**$ 10.500.000,00**
							FE109672	4/8/2026	ZG000000026274	**FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD**	**$ 10.500.000,00**
VEINTIÚN MILLONES PESOS M/CTE											**$ 21.000.000,00**

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO (Ej:**2023**)	**$ 810.000,00**			$ 810.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 177.137.280,00**	**$ 27.600.000,00**		$ 204.737.280,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 186.171.281,28**			$ 160.652.720,00	$ 25.518.561,28
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 111.857.911,47**				$ 111.857.911,47
TOTAL CONTRATO	**$ 475.976.472,75**	**$ 27.600.000,00**		**$ 366.200.000,00**	**$ 137.376.472,75**

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO — **Fecha de notificación: 27/07/2026**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
Vigencia del Contrato:	4/1/2024	31/7/2026
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificacion de los aportes parafiscales de fecha __JUNIO 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**	**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**

OBSERVACIONES:

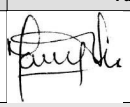
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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



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		