

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:		31/7/2026		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO																	
No. de Contrato:		490-2023				VALOR		\$ 503.576.472,75																					
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual		LP-024-2023-HOMIL																											
Objeto		SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO 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																			
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		N/A		N/A		N/A		N/A									
CERO PESOS M/CTE																							\$ 0,00						
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										30/11/2026															
				En tiempo																									
Prorrogas:				1-																									
				2-																									
				3-																									
NOTA 1: NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES																													
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 o/ existenci		CANTIDA D		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		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:										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		Nº FOLIOS																	
Informe de Actividades con sus soportes																													
Acta de supervisión y/o Factura																													
Pago de Seguridad Social																													

