

	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-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:	31/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 440/2023	VALOR	\$	249.745.000,00
------------------	----------------	-------	----	----------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-023-2023-HOMIL
--	-------------------

Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS - DISCOLMEDICA S.A.S	NIT/ CC	828002423
-----------------------	---	---------	-----------

Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA
-------------------	-------------	---------------------------	--------------------

Cuenta Bancaria No.	45431348898	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	-------------	--------	------------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si)	801024379	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS CONFIANZA S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/12/2023
----------------------------	-----------	--------------------------	------------------------	---	------------

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					
VIGENCIA AÑO 2026	7526	6/1/2026	75	6/1/2026	7526	6/1/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$	-
----------------------------	----	---

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN	CERO PESOS M/CTE
----------------------------	------------------

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 5.300.000,00			\$ 5.300.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 91.200.000,00			\$ 91.200.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 95.045.000,00			\$ 80.364.174,00	\$ 14.680.826,00
AÑO 2026	\$ 58.200.000,00				\$ 58.200.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 249.745.000,00	\$ -	\$ -	\$ 176.864.174,00	\$ 72.880.826,00

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	13/12/2023	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	31/7/2026	

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1:N/A

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 reacionado 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 o/ existencia s almacén)	CANTIDAD	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 EQUIPO	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES : NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES

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	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	CORREO: Mtoro@homil.gov.co
-------------------	------------	----------------------------

CELULAR :	
-----------	--

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		