

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:	CTO - 341/2024			VALOR	\$	388.123.200,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-012-2024-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIAS 2024-2025 - LOTE 21										
Nombre de Contratista	MEDINISTROS S.A.S			NIT/ CC	830053755						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA						
Cuenta Bancaria No.	11302373401	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101101430	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	25/10/2024						

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						
	VIGENCIA AÑO 2026	140726	24/2/2026	1407		154126						24/2/2026
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 41.585.442,50	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:						CUARENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS CON CINCUENTA CENTAVOS M/CTE						

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	\$ 90.000.000,00			\$ 90.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 298.123.200,00			\$ 298.123.200,00	\$ -
2026		\$ 223.000.000,00		\$ 142.397.841,50	\$ 80.602.158,50
TOTAL CONTRATO	\$ 388.123.200,00	\$ -	\$ -	\$ 530.521.041,50	\$ 80.602.158,50

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO						Fecha de notificación: 27/07/2026					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION					
		1/11/2024				30/11/2026					
Vigencia del Contrato:		30/11/2026									
Prorrogas:		En tiempo									
		1-30/12/2025									
		2-31/03/2026									
		3-									

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fechas de 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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalad o/ existencia s almacén)	CANTID AD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVA CIONES
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

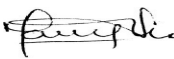
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVA CIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	FIRMA	
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		