

	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		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 - 343/2024		VALOR	\$	216.462.777,36	
Nº 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 10.					
Nombre de Contratista	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.		NIT/ CC	830025149		
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	0065140012	Banco:	CITIBANK COLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-46-101065455	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/10/2024	

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 2025	22725	8/1/2025	250346		20225	8/1/2025	MDTC4128922455	23/6/2026	ZG000000026393	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 18.984.122,00
							MDTC4128924971	30/6/2026	ZG000000026508	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 6.891.799,00
							MDTC4128924972	30/6/2026	ZG000000026515	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 9.510.187,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 35.386.108,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHO PESOS 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	\$ 50.194.500,00			\$ 50.194.500,00	-
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 166.268.277,36	\$ 43.300.000,00		\$ 209.568.277,36	-
		\$ 91.000.000,00		\$ 40.701.467,64	\$ 50.298.532,36
TOTAL CONTRATO	\$ 216.462.777,36	\$ -	\$ -	\$ 259.762.777,36	\$ 50.298.532,36

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-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación 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 reacionado a continuación:

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)	CANTIDA D	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

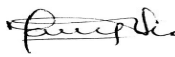
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			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	CORREO:	mtoro@homil.gov.co
CELULAR :			

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
------------	----	-----------