

	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 - 153-2026		VALOR	\$	75.000.000,00
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-142-2026-HOMIL				
Objeto	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DRENAJE VENTRICULAR PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA QUE COMPONE LA UNIDAD CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - LOTE				

Nombre de Contratista	MEDIREX BIC SAS		NIT/ CC	830091676	
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA	
Cuenta Bancaria No.	15412863502	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100457747	Asegurador a (Si aplica):	SEGURO DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):
					27/7/2026

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	265526	28/7/2026			159726	26/3/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	

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

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	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)
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 75.000.000,00				\$ 75.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 75.000.000,00				\$ 75.000.000,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 27/07/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	30/7/2026	30/11/2026
Vigencia del Contrato:	30/11/2026	
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 detallada el cuadro relacionado 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 (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
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		