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:	30/9/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE

No. de Contrato:	490-2023	**VALOR**	$ 503.576.472,75		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-024-2023-HOMIL				
Objeto	**SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO 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	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					
AÑO 2026	**16026**	**6/1/2026**	**160**	**6/1/2026**	**16026**	**6/1/2026**	FE116568	10/8/2026	ZG000000027213	**FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD**	**$ 13.800.000,00**
							FE116844	13/8/2026	ZG000000027345	**FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD**	**$ 3.900.000,00**
							FE117574	25/8/2026	ZG000000027601	**FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD**	**$ 13.800.000,00**
TREINTA Y UN MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE											**$ 31.500.000,00**

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**			$ 186.171.281,28	**$ 0,00**
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 111.857.911,47**			$ 33.581.438,72	**$ 78.276.472,75**
TOTAL CONTRATO	**$ 475.976.472,75**	**$ 27.600.000,00**		**$ 391.718.561,28**	**$ 78.276.472,75**

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
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificacion de los aaportes parafiscales de fecha __AGOSTO 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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existenci	CANTIDAD	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	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

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		