

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:	CTO - 341/2024			VALOR		\$	388.123.200,00							
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 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	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
	VIGENCIA AÑO 2026	140726	24/2/2026	1407		154126						24/2/2026		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 23.763.110,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:						VEINTITRÉS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO DIEZ 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	\$ 90.000.000,00						\$ 90.000.000,00		\$ -					
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 298.123.200,00						\$ 298.123.200,00		\$ -					
2026			\$ 223.000.000,00				\$ 207.746.394,00		\$ 15.253.606,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 388.123.200,00		\$ -		\$ -		\$ 595.869.594,00		\$ 15.253.606,00					
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 SEPTIEMBRE 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 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	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	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		Nº FOLIOS							
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														