

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:	31/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	--	------

No. de Contrato:	CTO - 437/2023			VALOR	\$	2.492.019.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-023-2023-HOMIL							
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Nombre de Contratista	BIOTRONITECH COLOMBIA S.A.S.			NIT/ CC	860506831			
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA			
Cuenta Bancaria No.	7010200	Banco:	BANCO GNB SUDAMERIS S A		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	2052287	Aseguradora (Si aplica):	JMALUCELLI TRAVELERS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		13/12/2023		

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	9326	6/01/2026	93	6/01/2026	9326	6/01/2026	BIOT96342	28/04/2026	ZG000000025462	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.446.594,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 2.446.594,00
----------------------------	-----------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE
------------------------------------	--

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 28.200.000,00			\$ 28.200.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 607.560.000,00	\$ 440.000.000,00		\$ 1.047.560.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 635.981.000,00	\$ 100.000.000,00		\$ 735.981.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 390.278.000,00	\$ 290.000.000,00		\$ 449.963.357,00	\$ 230.314.643,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.662.019.000,00	\$ 830.000.000,00	\$ -	\$ 2.261.704.357,00	\$ 230.314.643,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO						Fecha de notificación: 31/01/2026		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION		
	13/12/2023					31/07/2026		
Vigencia del Contrato:	31/07/2026							
Prorrogas:	En tiempo							
	1-							
	2-							
	3-							

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporte la certificación de los aportes parafiscales de fecha ABRIL 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 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/ existencias almacén)	CANTID AD	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	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

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		