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 PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	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 - 438/2023**		**VALOR**	**$**	**2.330.958.000,00**
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	**BOSTON SCIENTIFIC COLOMBIA LTDA**		**NIT/ CC**	**830039229**	
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**		**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÓN PÚBLICA**	

Cuenta Bancaria No.	**0490005303**	**Banco:**	**BANCO BBVA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**14-44-101200303**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**18/12/2023**				

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	7226	6/01/2026	72	6/01/2026	7226	6/01/2026	801056	10/04/2026	ZG000000025501	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 36.723.039,00
							794340	19/02/2026	ZG000000025536	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 6.831.500,00
							795143	25/02/2026	ZG000000025553	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 3.153.000,00
							791393	30/01/2026	ZG000000025567	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 6.627.606,00
							803317	27/04/2026	ZG000000025708	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 16.789.936,00
							802370	21/04/2026	ZG000000025710	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 9.941.409,00
							805780	13/05/2026	ZG000000025715	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 11.692.663,00
							805949	14/05/2026	ZG000000025736	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 33.579.872,00
							805962	14/05/2026	ZG000000025737	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 21.515.333,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 146.854.358,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO CUARENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y 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)**
AÑO 2023	$ 44.650.000,00			$ 44.650.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 907.516.000,00		$ 150.000.000,00	$ 757.516.000,00	$ -
AÑO 2025	$ 946.808.000,00			$ 946.808.000,00	$ -
AÑO 2026	$ 581.984.000,00			$ 489.680.419,00	$ 92.303.581,00
TOTAL CONTRATO	$ 2.480.958.000,00	$ -	$ 150.000.000,00	$ 2.238.654.419,00	$ 92.303.581,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		**Fecha de notificación: 31/01/2026**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	19/12/2023	**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 aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____MAYO 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**	**NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado/ existencias 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

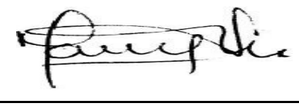
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**			**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**				**FECHA DE MANTENIMIENTO**		**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL**	**OBSERVACIONES**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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		