

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 - 441/ 2023			VALOR	\$	1.680.450.000,00					
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	EDWARDS LIFESCIENCES COLOMBIA SAS			NIT/ CC	900618831						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA						
Cuenta Bancaria No.	359061983	Banco:	BANCO DE BOGOTA S. A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44--101214496	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		18/12/2023					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2026	10226	6/01/2026	102	6/01/2026	10226	6/01/2026	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)
AÑO 2023	\$ 31.350.000,00			\$ 31.350.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 706.000.000,00		\$ 100.000.000,00	\$ 606.000.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 742.200.000,00		\$ 150.000.000,00	\$ 399.629.250,00	\$ 192.570.750,00
AÑO 2026	\$ 450.900.000,00				\$ 450.900.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.930.450.000,00	\$ -	\$ 250.000.000,00	\$ 1.036.979.250,00	\$ 643.470.750,00

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: 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 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 / existencia s 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	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	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		