


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							

Fecha:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 432/2023	VALOR	\$	13.015.720.000,00
------------------	----------------	-------	----	-------------------

Nº de Proceso en el SECOPI 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	ALFA TRADING SAS	NIT/ CC	830041488
-----------------------	------------------	---------	-----------

Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA
-------------------	-------------	---------------------------	--------------------

Cuenta Bancaria No.	011407789	Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-----------	--------	-----------------------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	3437323000093	Aseguradora (Si aplica):	MAPFRE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	11/12/2023
------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	---	------------

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	5826	6/1/2026	58	6/1/2026	5826	6/1/2026	INST252735	21/5/2026	ZG000000025872	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 30.535.281,00
							INST253369	9/6/2026	ZG000000026144	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 27.010.900,00
							INST253355	9/6/2026	ZG000000026154	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 97.785.632,00
							INST253119	1/6/2026	ZG000000026034	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 29.050.280,00
							INST253094	1/6/2026	ZG000000026035	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 15.693.720,00
							INST253053	30/5/2026	ZG000000026038	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 400.012.550,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 600.088.363,00
----------------------------	-------------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEISCIENTOS MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES 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	\$ 80.000.000,00	\$ 150.000.000,00		\$ 230.000.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 4.490.000.000,00			\$ 4.490.000.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 4.709.020.000,00	\$ 700.000.000,00		\$ 5.409.020.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 2.886.700.000,00			\$ 2.839.506.036,00	\$ 47.193.964,00
TOTAL CONTRATO	\$ 12.165.720.000,00	\$ 150.000.000,00	\$ -	\$ 12.968.526.036,00	\$ 47.193.964,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 31/01/2026
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 11/12/2023	FECHA DE TERMINACION 31/7/2026
--------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Vigencia del Contrato:	31/7/2026
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fecha JUNIO 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 relacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado o existencia s 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 EQUIPO	OBSERVACIONES
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.

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	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		