


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

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

<b>No. de Contrato:</b>	<b>CTO - 433/2023</b>		<b>VALOR</b>	<b>\$</b>	<b>535.800.000,00</b>	
<b>Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	<b>LP-023-2023-HOMIL</b>					
<b>Objeto</b>	<b>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</b>					
<b>Nombre de Contratista</b>	<b>ARROW MEDICAL SAS</b>		<b>NIT/ CC</b>	<b>811001723</b>		
<b>Clase de Contrato</b>	<b>SUMINISTROS</b>		<b>Modalidad de Contratación</b>	<b>LICITACIÓN PÚBLICA</b>		
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	<b>37567216528</b>	<b>Banco:</b>	<b>BANCOLOMBIA S.A.</b>	<b>Tipo de Cuenta:</b>	<b>Ahorros</b>	<b>X</b>
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>	<b>2052282</b>	<b>Asegurador a (Si aplica):</b>	<b>JMALUCELLI TRAVELERS</b>	<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>	<b>18/12/2023</b>	

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	10826	6/1/2026	108	6/1/2026	10826	6/1/2026	EFB7665	5/6/2026	ZG000000026099	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 29.271.927,00

<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>	<b>\$ 29.271.927,00</b>
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:</b>	<b>VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE</b>

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 17.600.000,00			\$ 17.600.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 376.000.000,00		\$ 290.000.000,00	\$ 86.000.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 392.000.000,00		\$ 200.000.000,00	\$ 192.000.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 240.200.000,00			\$ 122.363.073,00	\$ 117.836.927,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 1.025.800.000,00</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 490.000.000,00</b>	<b>\$ 417.963.073,00</b>	<b>\$ 117.836.927,00</b>

<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>MARIA NELCY TORO QUINTERO</b>	<b>Fecha de notificación:</b>	<b>31/01/2026</b>
<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE TERMINACION</b>	
	<b>19/12/2023</b>	<b>31/7/2026</b>	
<b>Vigencia del Contrato:</b>	<b>31/7/2026</b>		
<b>Prorrogas:</b>	<b>En tiempo</b>		
	<b>1-</b>		
	<b>2-</b>		
	<b>3-</b>		

**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 detallada 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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado o existencia 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	ÁREA 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.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

<b>FORMATO</b>	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>
		<b>Página:</b>	<b>2 DE 2</b>	

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</b>	<b>MARIA NELCY TORO QUINTERO</b>	<b>FIRMA</b>	
--	----------------------------------	--------------	---

<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>	<b>52.277.745</b>	<b>CORREO:</b>	<b>mtoro@homil.gov.co</b>
<b>CELULAR:</b>			

**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		