


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		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 - 434/2023		VALOR	\$	197.065.000,00
N° 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 CLÍNICA QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL				
Nombre de Contratista	BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA		NIT/ CC	860020309	
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA	
Cuenta Bancaria No.	5056254074	Banco:	CITIBANK COLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	NB-100300216	Aseguradora (Si aplica):	MUNDIAL DE SEGUROS SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/12/2023

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	13026	6/1/2026	130	6/1/2026	13026	6/1/2026	FEBD634607	27/5/2026	ZG000000025984	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 46.101.630,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 46.101.630,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											CUARENTA Y SEIS MILLONES CIENTO UN MIL SEISCIENTOS TREINTA 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	\$ 3.000.000,00			\$ 3.000.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 72.000.000,00	\$ 98.972.750,00		\$ 170.972.750,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 75.672.000,00			\$ 75.672.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 46.393.000,00			\$ 46.101.630,00	\$ 291.370,00
TOTAL CONTRATO	\$ 197.065.000,00	\$ 98.972.750,00	\$ -	\$ 295.746.380,00	\$ 291.370,00

Nombre del Supervisor	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	31/01/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	21/12/2023		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 aporte parafiscales de fecha ABRIL 2024 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 almacen)	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

DESCRIPCIÓN 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.

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	CORREO:	mtoro@homil.gov.co
CELULAR:			

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		