

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		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:	31/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO							
No. de Contrato:	CTO - 438/2023		VALOR		\$		2.330.958.000,00							
Nº 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)	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	6/1/2026	72	6/1/2026	7226	6/1/2026	813655	9/7/2026	ZG000000026734	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 18.665.567,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 18.665.567,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE 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				\$ 150.000.000,00		\$ 44.650.000,00		\$ -					
AÑO 2024	\$ 907.516.000,00						\$ 757.516.000,00		\$ -					
AÑO 2025	\$ 946.808.000,00						\$ 946.808.000,00		\$ -					
AÑO 2026	\$ 581.984.000,00						\$ 531.984.462,00		\$ 49.999.538,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 2.480.958.000,00		\$ -		\$ 150.000.000,00		\$ 2.280.958.462,00		\$ 49.999.538,00					
Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO											Fecha de notificación: 27/07/2026			
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		19/12/2023				30/11/2026								
Vigencia del Contrato:		30/11/2026												
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 realcionado a continuacion:														
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 (Instalad o/ 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 EQUIPO	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			
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						
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					Nº FOLIOS				
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														