

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:	31/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 082-2026		VALOR	\$	703.419.000,00	
Nº de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	SA-002-2026-HOMIL					
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, CON APOYO TECNOLÓGICO ASOCIADO, REQUERIDOS POR LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE I Y II.					
Nombre de Contratista	ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS COLOMBIA SAS		NIT/ CC	901239290		
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	0086342014	Banco:	Citibank Colombia S.A	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101277263	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/6/2026	

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	227626	17/6/2026			127926	16/1/2026	23326	22/6/2026	ZG000000026371	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 173.110.219,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 173.110.219,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO DIEZ MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 703.419.000,00			\$ 173.110.219,00	\$ 530.308.781,00
TOTAL CONTRATO	\$ 703.419.000,00				\$ 530.308.781,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		Fecha de notificación: 27/07/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	19/6/2026		31/12/2026
Vigencia del Contrato:	31/12/2026		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1:El contratista con el ingreso de las facturas aporta la certificación de lo aportes parafiscales de la 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 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.

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	CORREO:	mtoro@homil.gov.co
CELULAR :			

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		