

	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:	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 - 113-2026		VALOR	\$	207.200.007,00
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-006-2026-HOMIL				
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE SALAS DE CIRUGÍA QUE COMPONEN LA UNIDAD MEDICO Y CLINICO QUIRURGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - LOTE 140				

Nombre de Contratista	PHARMAPLUS		NIT/ CC	830110109	
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA	
Cuenta Bancaria No.	0000001032592186	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101114690	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	11/6/2026

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	227526	17/6/2026			159726	26/3/2026	FE119472	26/6/2026	ZG0000000026426	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 10.169.520,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 10.169.520,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DIEZ MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE 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 2026	\$ 207.200.007,00			\$ 10.169.520,00	\$ 197.030.487,00
TOTAL CONTRATO	\$ 207.200.007,00				\$ 197.030.487,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 27/07/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 23/6/2026 FECHA DE TERMINACION 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 aporte 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		