| | 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: 30-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION<br>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | VERSIÓN: 10 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 07-10-2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | 26/08/2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 184-2026 | **VALOR** | $ 30.940.000,00 |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | CD-018-2026-HOMIL | | |
| **Objeto** | ADQUISICIÓN DE MATERIAL TERAPÉUTICO E INSUMOS PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN - APLICADORES DE ONDAS DE CHOQUE | | |
| **Nombre de Contratista** | BTL COLOMBIA S.A.S. | **NIT/ CC** | 900397663 |
| **Clase de Contrato** | MÍNIMA CUANTÍA | **Modalidad de Contratación** | DIRECTA (CON OFERTAS) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 25073290024 | **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de Cuenta:** | Ahorros | | Corriente X |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | | **Aseguradora (Si aplica):** | | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | | | |

| 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 | | | | | |
| AÑO 2026 | 167226 | 04/08/2026 | | | 271326 | 04/08/2026 | BTL 3682 | 24/08/2026 | | | $ 30.940.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 30.940.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** TREINTA MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL 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 2026 | $ 30.940.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 30.940.000,00 | $ 0,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 30.940.000,00 | $ 1.349.000,00 | $ 0,00 | $ 30.940.000,00 | $ 0,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | CR JORGE BECERRA VALDERRAMA | **Fecha de notificación:** | 04/08/2026 |

| | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | 04/08/2026 | 3/9/2026 |
| **Vigencia del Contrato:** | 1 MES | |
| **Prorrogas:** | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**OBSERVACIONES:**
**Estos aplicadores se adquieren como accesorios de los equipos de ondas de choque que ya se encuentran en el servicio:**
**- Equipo de onda de choque focal, Placa: V185580, Serie 09400B000401.**
**- Equipo de ondas de choque radial, Placa V190875, Serie 04400B013631.**

**NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión (certificado anexo).**
**En mi condición de Supervisor del Contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al Sistema de Seguridad Social de los meses de julio y agosto: así mismo, certifico que el/la contratista presentó el Inofrme de Actividades o la Relación de Bienes y S**

**RESUMEN DE FACTURAS:**

| | | |
|---|---|---|
| Factura BTL 3682 | agosto de 2026 | $30.940.000,00 |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| C.C. | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | PENSIÓN | RIESGOS PROFESIONALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CR. JORGE BECERRA VALDERRAMA** | | **FIRMA** |  |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | 74370263 | | |
| **CELULAR :** | 3142145342 | **CORREO:** | jbecerra@homil.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |