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:	30/09/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MESDE INFORME**	Septiembre
No. de Contrato:	208-2025			**VALOR**	**$ 950.000.000,00**		
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA 016-2025						
Objeto	ADQUISICION, PREINSTALACION E INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE MAQUINA DE CIRCULACION EXTRACORPOREA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA PERTENECIENTE AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**LAS ELECTROMEDICINA SAS**			**NIT/ CC**	900839128		
Clase de Contrato	COMPRAVENTA			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	**0833025786**	**Banco:**	**BBVA COLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**AHORROS**		**CORRIENTE** **X**
Garantía Cumplimiento (Siaplica) :	CERTIFICADO N° 4356738 CUMPLIMIENTO CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	19/09/2025		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DEPRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉNY/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 2025	**181525**	**30/05/2025**	3224	**16/09/2025**	**319925**	**16/09/2025**					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

VALOR AUTORIZADO PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO(A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	**$950.000.000,00**	0	0	**$ 0,00**	**$950.000.000,00**
					-
					-
TOTAL CONTRATO	**950.000.000,00**	**$ 0 -**	**$ 0 -**	**$ 0,00**	**$950.000.000,00**

Nombre del Supervisor **W I L L I A M W I L C H E S R O D R I G U E Z**	**Fecha de notificación: 19/09/2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecucion **90 DIAS**	**19/09/2025**	**30/11/2025**
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2025		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes de
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Junio); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

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 relacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALAEL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA ALALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DEPARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE EL EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO MAQUINA CIRCULACION EXTRACORPOREA INGRESO A LA INSTITUCION, AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN PROCESO DE PREINSTALACION E INSTALACION POR PARTE DE LOS INGENIEROS DE LA FIRMA LIVANOVA COLOMBIA SAS, NO SE A REALIZADO EJECUCION ESTE INFORME PERTENECE AL MES DESEPTIEMBRE DE 2025.

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.

INFORMACION 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: WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ



NÚMERO DE CEDULA:	**79430181**
CELULAR : 3 1 0 3 2 5 8 1 1 4	**CORREO: WWILCHES @HOMIL.GOV.CO**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS