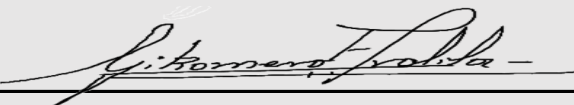


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	31/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO							
No. de Contrato:	133-2025			VALOR	\$ 71.000.000,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	Proceso de LICITACION PUBLICA N° LP-002-2025-HOMIL													
Objeto	“ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 3													
Nombre de Contratista	LM INSTRUMENTS S.A.			NIT/ CC	800.077.635-1									
Clase de Contrato	COMPRAVENTA			Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA									
Cuenta Bancaria No.	043377050	Banco:	BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X					
Garantía Cumplimiento : No 33-44-101264625 y 33-40-101086158		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía: 14/07/2025										
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 2025	143125	24/02/2025	2416	27/06/2025	240025	27/06/2025								
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	-		
VALOR AUTORIZADO A 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 2025	\$ 71.000.000,00									\$ 71.000.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 71.000.000,00		\$ -		\$ -			\$ -		\$ 71.000.000,00				
Nombre del Supervisor: GILBERTO ROMERO ARDILA												Fecha de notificación: 19/12/2024		
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION					
			14/07/2025						30/09/2025					
Vigencia del Contrato:			IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS MESES MAS											
Prorrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y PensiónXXXXXXXXX y riesgos profesionales XXXXXXXXXXXX Planilla N°XXXXXXXXXX – correspondiente al mes deXXXXXXXXXXXX en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de XXXXXXXXXX; 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:														
NOTA 3 :														
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/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4:														
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	
OBSERVACIONES : En el me de julio no se ejecuto el contrato,el proveedor se encuentra verificando la documentacion de los equipos para poder hacer el ingreso.														
NOTA 5: .														
INFORMACIÓN 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: GILBERTO ROMERO ARDILA			FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:		79406053			
CELULAR : 3212136164			CORREO: gromero@homil.gov.co		
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:					
		DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	
		Formato de ingreso			
		Acta de supervisión y/o Factura			
		Pago de Seguridad Social			
		Certificacion revisor Fiscal			
		Certificacion Bancaria			