HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

FECHA	4/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE

No. de Contrato:	146-2025	**VALOR**	**$ 7.632.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-111-2025-HOMIL		
Objeto	"Suministro de dispositivos médicos para la administración de sangre o componentes sanuíneos mediante bomba de infusión para los pacientes de neonatología y pediatria del Hospital Militar Central.		
Nombre de Contratista	LABORATORIOS BAXTER S.A	**NIT/ CC**	**90.300.292-0.**
Clase de Contrato	Suministro.	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantia

Cuenta Bancaria No.	484625512	Banco:	Banco de Bogotá	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : C-100100988 | **Aseguradora (Si aplica): compañía Mundial de Seguros S.A** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 29/07/2025**

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 AÑO (Ej:2025)	**159425**	9/04/2025	**2621**	21/07/2025	**259825**	21/07/2025					**$ 0,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS .

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	$ 7.632.000,00	16379400		$ 3.700.000,00	$ 3.932.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 7.632.000,00**	$ 16.379.400,00	$ -	**$ 3.700.000,00**	**$ 3.932.000,00**

Nombre del Supervisor: Gloria Neira Silva	**Fecha de notificación:30/07/2025**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	30/07/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	plazo de ejecución y seis (06) meses más.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	

NOTA 1: NO SE PRESENTO MOVIMIENTO EN EL CONTRATO

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 realcionado a continuacion:

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

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: 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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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: Gloria Neira Silva	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	37887474	
CELULAR : extensión 5375/5376	CORREO: gneira@homil.gov.co	

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		