

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	22/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR.	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE			
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 pediatría 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 cuantía						
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	9/4/2025	2621	21/7/2025	259825	21/7/2025					\$ 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	16.379.400,00				\$ 7.400.000,00		\$ 232.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 7.632.000,00	16.379.400,00		\$ -		\$ 7.400.000,00		\$ 232.000,00				
Nombre del Supervisor: Gloria Neira Silva												Fecha de notificación:30/07/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
	30/7/2025				31/12/2025							
Vigencia del Contrato: plazo de ejecución y seis (06) meses más.												
Prorrogas:	En tiempo											
	1-											
	2-											
NOTA 1: EN DICIEMBRE 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:												

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	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						
							Página:	10						
						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	N° FOLIOS								
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														

\$ 7.400.000,00

