

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISI			
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES			
		MANUAL: CONTRATACION			
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES			
FECHA	2/9/2025	INFORME DE SUPERVISOR		X	
No. de Contrato:	146-2025				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-111-2025-HOMIL				
Objeto	"Suministro de dispositivos médicos para la administración c pediatria del Hospital Militar Central.				
Nombre de Contratista	LABORATORIOS BAXTER S.A				
Clase de Contrato	Suministro.				
Cuenta Bancaria No.	484625512			Banco:	Banco d
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : C-100100988			Aseguradora (Si aplica): compañía Mundial de Seguros S.A.		
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL				
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Pre (RP)
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	159425	9/4/2025	2621	21/7/2025	2598
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO					

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS .

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADIC
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 7,632,000.00	16379
TOTAL CONTRATO	\$ 7,632,000.00	\$

Nombre del Supervisor: Gloria Neira Silva

Plazo de ejecución	
Vigencia del Contrato:	
Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-

NOTA 1: EN AGOSTO NO SE PRESENTO MOVIMIENTO EN EL CONTRATO

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcion

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo el repuesto.

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		

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 \$1.000.000, debe presentarse el pago de seguridad social.

Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Gloria Neira Silva

NÚMERO DE CEDULA: 37887474

CELULAR : extensión 5375/5376

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS
Informe de Actividades con sus soportes
Acta de supervisión y/o Factura
Pago de Seguridad Social

CIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDI
ACTIVOS				FECH
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				

	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	
--	----------------------	--	--	--

	VALOR	\$ 7,632,000.00	
--	-------	-----------------	--

--	--	--	--

de sangre o componentes sanuíneos mediante bomba de infusión para los paci

	NIT/ CC	90.300.292-0.
--	---------	---------------

	Modalidad de Contratación	Mínima cuantía
--	------------------------------	----------------

e Bogotá	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
----------	--------------------	---------	---	-----------

Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 29/07/2025

Presupuestal No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA
325	21/7/2025				

--	--	--	--	--	--

--

ON (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)
400		\$ 0.00
16,379,400.00	\$ -	\$ -

	Fecha de notificación:30/07/2025	
FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
30/7/2025		31/12/2025
plazo de ejecución y seis (06) meses más.		

valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

ado a continuacion:

FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO

ciendo la supervisión

No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO					FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO

los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL				
SALUD		PENSIÓN		RIE
Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
RA TRÁMITES A PAGO			CODIGO:	
			Página:	

	FIRMA	<i>Glauco Neria S.</i>
	CORREO: gneira@homil.gov.co	

	SI	N° FOLIOS
tes		

GO: GA-GECO-MN-01-FT-05

A DE EMISIÓN: 30-05-2024

VERSIÓN: 10

PAGINA 1 DE 2

AGOSTO

entes de neonatología y

VALOR OBLIGACIÓN

\$ 0.00

\$ 0.00

VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

GOS PROFESIONALES	
Valor	
VERSIÓN	10
2 DE 2	

