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:	31/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE 2025

No. de Contrato:	272-2025	VALOR	$350.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-038-2025-HOMIL		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE NEUROMONITOREO INTRAOPERATORIO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, QUE INCLUYA EL SUMINISTRO EN CALIDAD DE ALQUILER DEL EQUIPO TECNOLÓGICO ESPECIALIZADO Y LA DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL MÉDICO IDÓNEO, PARA EL SOPORTE DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA Y DE OTROS SERVICIOS CLÍNICOS QUE, POR SU COMPLEJIDAD, REQUIERAN LA UTILIZACIÓN DE ESTA TECNOLOGÍA		
Nombre de Contratista	LA INSTRUMENTADORA S.A.S.	NIT/ CC	860503565
Clase de Contrato	Prestación de servicio	Modalidad de Contratación	Selección abreviada menor cuantía

Cuenta Bancaria No.	177-694631-14	Banco:	BANCOLONBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 2078068-1	Aseguradora (Si aplica): LIBERTY SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 11/11/2025

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:2024)	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21604	10/12/2025	ZF000000022997	FTS	$1.176.198
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21606	10/12/2025	ZF000000022989	FTS	$547.600
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21608	10/12/2025	ZF000000022990	FTS	$1.513.809
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21610	10/12/2025	VB000000000111	FTS	$1.187.987
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21612	10/12/2025	ZF000000022986	FTS	$1.388.442
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21614	10/12/2025	ZF000000022983	FTS	$2.235.008
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21664	11/12/2025	ZF000000022995	FTS	$2.194.280
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21682	11/12/2025	ZF000000022984	FTS	$963.694
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	FE21687	12/12/2025	ZF000000022982	FTS	$1.076.586
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$12.283.604

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE)

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	$350.000.000			53.683.604	$296.316.396
TOTAL CONTRATO	$ 350.000.000,00	$ -	$ -	$ 53.683.604,00	$ 296.316.396,00

Nombre del Supervisor	Fecha de notificación:

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/12/16 y riesgos profesionales 30/09/2025 Planilla N° 92068861– correspondiente al mes de Noviembre
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Noviembre); 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 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:		
CELULAR :	CORREO:	

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		