

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: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	30/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	--	-----------

No. de Contrato:	CTO - 271-2025				VALOR	\$ 64.000.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-192-2025-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA QUE COMPONEN LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	Boston Scientific Colombia			NIT/ CC	830039229						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTIA						
Cuenta Bancaria No.	0490005303	Banco:	BBVA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-46-101149890	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/11/2025					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2025	451925	18/11/2025			220225	8/09/2025	782949	24/11/2025	ZF000000022294	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.250.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 2.250.000,00	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL 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 2025	\$ 64.000.000,00			\$ 2.250.000,00	\$ 61.750.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 64.000.000,00			\$ 2.250.000,00	\$ 61.750.000,00

Nombre del Supervisor: Luz María Toloza González		Fecha de notificación: 01/12/2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	24/11/2025		15/12/2025
Vigencia del Contrato:	15/12/2025		
Prorrogas:	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas apor to la certificación de los aportes parafiscales de fecha ____NOVIEMBRE 2025____ los parafiscales.

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 continuación:

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

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	10
							Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Luz María Toloza González	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	39.648.310		
CELULAR :	CORREO:ltoloza@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		