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:	30/01/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	INFORME MENSUAL	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MESDE INFORME**	ENERO 2026
No. de Contrato:	341-2025			**VALOR**	**$ 163.202.550,00**		
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual	040-2025						
Objeto	ADQUISICION, PREINSTALACION, E INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE TRASDUCTORES X5- C1 Y S5-1 PARA EL ULTRASONIDO EPIQ CVX IDENTIFICADO CON SERIE N° US622B0422 MARCA PHILIPS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	**GENERAL MEDICA DE COLOMBIA SAS**			**NIT/ CC**	860527377		
Clase de Contrato	SELECCIÓN ABREVIADA			**Modalidad de Contratación**	ADQUISICION		
Cuenta Bancaria No.	20969074684	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**AHORROS**		**CORRIENTE** **X**

Garantía Cumplimiento (Siaplica) :	**Aseguradora(Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**
POLIZA N°1144-101273801 ANEXO:0 AMPAROS: CUMPLIMIENTO, CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	**SEGUROS DEL ESTADO**	31/12/2025

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉNY/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 2025	**229225**	**2025/09/30**	**5228**	**31/12/2025**	**519225**	**31/12/2025**					**$**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$**

VALOR AUTORIZADO PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	**VR. CONTRATO(A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2025	**$ 163.202.550,00**	$ 0,0	$ 0,0	**$ 0,0**	**$ 163.202.550,00**
					-
TOTAL CONTRATO	**$ 163.202.550,00**	$ 0,0 -	**$ 0,0** -	**$ 0,0**	**$ 163.202.550,00**

Nombre del Supervisor WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ	**Fecha de notificación: 06/01/2026**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución 3 dias	**29/12/2025**	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2025		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- DESDE EL 31 DE DICIEMBRE 2025 HASTA EL 16 DE MARZO 2026	
	2-	
	3-	

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

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE EL 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**

OBSERVACIONES: EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE AL PRESENTE CONTRATO SE LE REALIZO PRORROGA HASTA EL 16 DE MARZO 2026 SOLICITADA POR EL OFERENTE A LA FECHA EL EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO SE ENCUENTRA EN TRAMITE DE IMPORTACION POR PARTE DE LA FIRMA **GENERAL MEDICA DE COLOMBIA SAS** NO A HABIDO NINGUN MOVIMIENTO EL PRESENTE INFORME MENSUAL CORRESPONDE AL **MES DE ENERO DE 2026.**

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.

INFORMACION GENERAL					
Entidad	**N°**	**Fecha de pago**	**SALUD**	**PENSION**	**RIESGOS PROFESIONALES**

	Planilla							
			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: WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ

NÚMERO DE CEDULA:	79430181
CELULAR : 3103258114	CORREO: WWILCHES @HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS