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:	31/01/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**ENERO**
No. de Contrato:	CTO - 340-2025			**VALOR**	$ 204.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-039-2025-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, ELECTROFISIOLOGÍA, CARDIOVASCULAR Y OTROS SERVICIOS DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR (LOTE 5 - AGUJAS E INTRODUCTORES DIAGNÓSTICOS ADULTOS Y LOTE 6 - OTROS DISPOSITIVOS PARA EL SERVICIO DE HEMODINAMIA II)						
Nombre de Contratista	WORLD MEDICAL			**NIT/ CC**	830065332		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	0560450769998904	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-46-101069253	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	5/01/2026		

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 2026	519125	31/12/2025	250390		212625	26/08/2025	WM84268	6/01/2026	ZG000000023089	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 36.814.990,00
							WM84378	15/01/2026	ZG000000023262	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 22.035.400,00
							WM84340	13/01/2026	ZG000000023248	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 15.963.850,00
							WM84437	21/01/2026	ZG000000023374	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 4.891.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 79.705.240,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA 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	$ 204.000.000,00			$ 79.705.240,00	$ 124.294.760,00
TOTAL CONTRATO	$ 204.000.000,00				$ 124.294.760,00

Nombre del Supervisor: Luz María Toloza González	**Fecha de notificación:**	01/12/2025
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/07/2025	31/03/2026
Vigencia del Contrato:	31/03/2026	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____ENERO 2026_____ 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 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
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 EQUIPO	OBSERVACIONES
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		