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:	**23/2/2026**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**ENERO 2026**

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:**	**BANCOLOMBIA**	**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 (2026)	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22439**	**28/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22344**	**23/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22286**	**21/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22269**	**20/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22442**	**29/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22444**	**29/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
	148025	27/8/2025			454525	21/11/2025	**FE22482**	**30/1/2026**	N/A	N/A	**$4.600.000**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$32.200.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS 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 (Ej:2025)	$350.000.000			$96.964.367	$253.035.633
TOTAL CONTRATO	**$ 350.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 96.964.367,00**	**$ 253.035.633,00**

Nombre del Supervisor LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	**Fecha de notificación: 04/12/2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	4/12/2025	**31/03/2026**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- 31/03/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 19/01/2026 y riesgos profesionales 19/01/2026 Planilla N° 2737526 – correspondiente al mes de Enero
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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	FIRMA	

NÚMERO DE CEDULA:	91540063
CELULAR : 3013705432	CORREO: lchacon@homilgov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	7
Pago de Seguridad Social	X	2