

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:	28/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	FEBRERO
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	---------

No. de Contrato:	CTO - 377/2024		VALOR	\$	2.370.000.000,00	
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-014-2024-HOMIL					
Objeto	SUMINISTRO DE CATÉTERES, CONECTORES, INTRODUCTORES E INSUMOS COMPATIBLES CON EL EQUIPO INSTITUCIONAL, NECESARIOS PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Nombre de Contratista	ST. JUDE MEDICAL COLOMBIA LTDA.		NIT/ CC	811021765		
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	0304001118	Banco:	BBVA		Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	76745	Aseguradora (Si aplica):	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	30/12/2024	

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	23325	8/01/2025	250321		20825	8/01/2025	7600332926	26/01/2026	ZG000000023513	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.611.441,00
							7600333267	9/02/2026	ZG000000023950	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 58.153.218,00
							7600333409	13/02/2026	ZG000000023996	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 37.036.573,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 97.801.232,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: NOVENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS 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 2024	\$ 200.000.000,00			\$ 200.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 2.070.000.000,00	\$ 1.135.000.000,00		\$ 3.205.000.000,00	\$ -
		\$ 100.000.000,00		\$ 95.121.304,00	\$ 4.878.696,00
TOTAL CONTRATO	\$ 2.270.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 3.500.121.304,00	\$ 4.878.696,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		Fecha de notificación: 31/01/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	31/12/2024		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 aporte 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 continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTID AD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSE RVACIONES
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	OBSE RVACIONES
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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO: Página:		VERSIÓN 2 DE 2	10

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745		
CELULAR :	CORREO: Mtoro@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		