

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 - 383/ 2024		VALOR	\$	114.078.572,00	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-015-2024-HOMIL					
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIAS 2024-2025 LOTE 23 y 33.					
Nombre de Contratista	INNOVACIONES MEDICAS SAS		NIT/ CC	830504243		
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA		
Cuenta Bancaria No.	18822653300	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	16330580 (4184849)	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	31/12/2024	

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 2026	24025	8/01/2025	250431		21525	8/01/2025	IM1657	2/02/2026	ZG000000023632	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 16.432.683,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 16.432.683,00
----------------------------	------------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DIECISÉIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES 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	\$ 114.078.572,00			\$ 114.078.572,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 299.903.797,00			\$ 255.665.362,00	\$ 44.238.435,00
TOTAL CONTRATO	\$ 413.982.369,00	\$ -	\$ -	\$ 369.743.934,00	\$ 44.238.435,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		Fecha de notificación:	31/01/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	7/01/2025		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 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	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

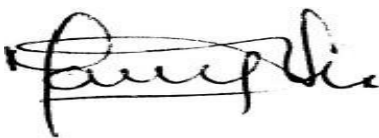
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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

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:	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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		