
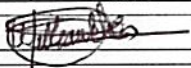


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05																					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024																					
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10																					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																					
Fecha:		26/02/2026		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		Febrero																	
No. de Contrato:		322-2025		VALOR		\$						108.000.000,00																	
N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual		Proceso No CD-046-2025-HOMIL																											
Objeto		"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA PARA EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".																											
Nombre de Contratista		BOSTON SCIENTIFIC COLOMBIA LTDA				NIT/CC		830.039.229-1																					
Clase de Contrato		Compra Venta		Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA																							
Cuenta Bancaria No.		490005303		Banco:		BBVA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		Corriente X																	
Garantía Cumplimiento No.		14-46-101152014		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía: 30/12/2025																							
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL																													
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 2025		228025		24/09/2025		5169		26/12/2025		513425		26/12/2025		794034		18/02/2026				ACTIVOS FIJOS		\$ 108.000.000,00							
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$ 108.000.000,00																											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO OCHO MILLONES DE 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		\$ 108.000.000,00												\$ 108.000.000,00				\$											
TOTAL CONTRATO		\$ 108.000.000,00				\$ -				\$ -				\$ 108.000.000,00				\$ -											
Nombre del Supervisor WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ												Fecha de notificación: 30/12/2025																	
Plazo de ejecución												FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION											
												30/12/2025						31/12/2025											
Vigencia del Contrato:												Igual al plazo de ejecución y seis meses mas																	
Prorrogas:												En tiempo																	
												1- 28/02/2026																	
												2-																	
												3-																	
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/01/30 y riesgos profesionales 2026/01/30 Planilla N°9498632347 correspondiente al mes de ENERO pension y FEBRERO salud en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ENERO así mismo certifica que el/la contratista presenta el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente. Ganó cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DDY POR RECIBIDO A SATISFACCION</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3: Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>																													
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: Se recibe GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA G4 CON SERIE No G4202633 BOSTON SCIENTIFIC MODELO RFG-4-120V PARA EL SERVICIO DE CLINICA DEL DOLOR.																													
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 5.500.000 se deberá anejar el siguiente cuadro:																													
ENTIDAD												INFORMACIÓN GENERAL																	
N° Planilla				Fecha de pago				SALUD				PENSIÓN				RIESGOS PROFESIONALES													
Entidad		Valor		Entidad		Valor		Entidad		Valor		Entidad		Valor		Entidad		Valor											

Diana H. Peña
26-2-26

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TS. WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA: 79430181		CORREO: WWICHES@homil.gov.co		
CELULAR : 3103258184				
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:				
DOCUMENTOS		SI	N° FOLIOS	
Formato de Ingreso		X	1	
Acta de supervisión y/o Factura		X	2	
Pago de Seguridad Social		X	2	
Certificación Revisor Fiscal		X	1	
Certificación Bancaria.		X	1	