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:	27/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	feb-26
No. de Contrato:	129-2025			VALOR	$ 1.060.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-001-2025-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INSUMOS QUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIA 2025 LOTE 1						
Nombre de Contratista	Johnson & Johnson Medtech			NIT/ CC	901.550.788		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública		

Cuenta Bancaria No.	19300001168	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	x
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.17452206	Asegura dora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	8/07/2025			

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					
AÑO 2025	239325	27/06/2025	239	27/06/2025	136525	27/06/2025	BOG57313DEV	13/02/2026	2523	ZG000000023912	$ 3.375.890,00
							BOG57767	19/02/2026	2963	ZG000000024027	$ 404.414,00
							BOG57873	26/02/2026	3644	ZG000000024153	$ 724.687,00
							BOG57878	26/02/2026	3646	ZG000000024155	$ 1.169.443,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 5.674.434,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 1.060.000.000,00**		$ 500.000.000,00	$ 122.653.223,00	$ 437.346.777,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)					
VIGENCIA AÑO (Ej:**2027**)					
TOTAL CONTRATO	**$ 1.060.000.000,00**		**$ 500.000.000,00**	**$ 122.653.223,00**	**$ 437.346.777,00**

Nombre del Supervisor: CAMILO MARTINEZ GONZALEZ	Fecha de notificación: 14-07-2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	26/06/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes **FEBRERO 2026** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(FEBRERO2026)**; 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	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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

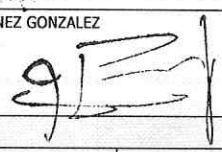
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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: CAMILO MARTINEZ GONZALEZ



NÚMERO DE CEDULA:	CC.74371932
CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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