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 PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	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 - 340-2025**			**VALOR**	**$ 204.000.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SI-039-2025-HOMIL**						
Objeto	**SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, ELECTROFISIOLOGÍA, CARDIOVASCULAR Y OTROS SERVICIOS DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR (LOTE 5 - AGUJAS E INTRODUCTORES DIAGNÓSTICOS ADULTOS Y LOTE 6 - OTROS DISPOSITIVOS PARA EL SERVICIO DE HEMODINAMIA II)**					
Nombre de Contratista	**WORLD MEDICAL**			**NIT/ CC**	**830065332**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**			**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA**		
Cuenta Bancaria No.	**0560450769998904**	**Banco:**	**BANCO DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** **X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**33-46-101069253**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**5/01/2026**		

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	519125	31/12/2025	250390		212625	26/08/2025	WM84597	2/02/2026	ZG000000023659	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 24.253.000,00
							WM84661	6/02/2026	ZG000000023778	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 483.000,00
							WM84729	11/02/2026	ZG000000023884	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 3.920.000,00
							WM84741	11/02/2026	ZG000000024012	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 18.659.200,00
							WM84845	19/02/2026	ZG000000024078	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 55.290.200,00
							WM84933	24/02/2026	ZG000000024137	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.439.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 105.044.900,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **CIENTO CINCO MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS 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	$ 204.000.000,00			$ 184.750.140,00	$ 19.249.860,00
TOTAL CONTRATO	$ 204.000.000,00				$ 19.249.860,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		**Fecha de notificación: 31/01/2026**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/07/2025	**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 aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____FEBRERO 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 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
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	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

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		