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:	30/04/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	14	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	abr-26
No. de Contrato:	104-2025			**VALOR**	$		11.828.888.001,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-005-2025-HOMIL						
Objeto	ADQUISICIÓN, PRE-INSTALACION, INSTALACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN (1) EQUIPO PARA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PET SCAN (PET-CT) DIGITAL, PARA EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	SUMINISTROS RADIOGRAFICOS			**NIT/ CC**	800099568		
Clase de Contrato	COMPRAVENTA			**Modalidad de Contratación**	LICITACIÓN PUBLICA		

Cuenta Bancaria No.	00553716445	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	M-100264309 M-100266395	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS MUNDIAL SA	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	29/05/2025				

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					
VIGENCIA AÑO (:2025)	156225	3/04/2025	2148	30/05/2025	213425	30/04/2025	N/A	N/A	N/A	ACTIVOS FIJOS	$ -
							N/A	N/A	N/A	ACTIVOS FIJOS	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ -**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cero 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)	$ 11.828.888.001,00	$ -	$ -	$ 11.727.782.569,00	$ 101.105.432,00
ADICION :(2026)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL DEL CONTRATO	**$ 11.828.888.001,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 11.727.782.569,00**	**$ 101.105.432,00**

Nombre del Supervisor.	Coronel (RA). **HAYDEE PATRICIA FAJARDO PARDO**	**Fecha de notificación:**	11/06/2025
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	11/06/2025	20/12/2025	
Vigencia del Contrato:	20 de Diciembre 2025		
Prorrogas:	**En tiempo**		
	1- 207 Días - Hasta el 20 de Diciembre 2025		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Durante el mes de Abril de 2026, la empresa Suministros Radiológicos no emitió factura alguna correspondiente al Contrato No. 104 de 2025, en razón a que actualmente se encuentran en ejecución las adecuaciones de las instalaciones destinadas a la instalación del equipo PET-SCAN.
Así mismo, la supervisión del contrato no ha autorizado pagos correspondientes al mes de Abril, hasta tanto se encuentre finalizado y debidamente certificado el proceso de licenciamiento de los equipos, así como la certificación de las obras y adecuaciones realizadas para su instalación.
En consecuencia, el contrato registrará facturación únicamente en las fechas y condiciones pactadas originalmente en el instrumento contractual.

NOTA 2:

NOTA 3 :

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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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 No. 15	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISORA: Coronel (RA). **HAYDEE PATRICIA FAJARDO PARDO**

NÚMERO DE CEDULA: 51812114

3017542275 **CORREO:** hfajardo@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		1
Acta de supervisión y/o Factura		1
Pago de Seguridad Social		1