| 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:** | 31/05/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | MAYO |
| **No. de Contrato:** | CTO - 339/2024 | | | VALOR | $ 14.677.644,97 | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | SI-012-2024-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 4, 51 y 61. | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | INTERCOMERCIAL MEDICA SAS | | | NIT/ CC | 830501223 | | |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTROS | | | Modalidad de Contratación | SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 025878208 | Banco: | BANCO DE OCCIDENTE | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente | | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | 45-44-101160308 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 24/10/2024 | | | | |

| 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 | 23025 | 8/01/2025 | 250426 | | 20525 | 8/01/2025 | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| **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 2024 | $ 33.548.595,00 | | $ 30.000.000,00 | $ 3.548.595,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2025 | $ 111.129.049,97 | | $ 100.000.000,00 | $ 9.365.864,00 | $ 1.763.185,97 |
| TOTAL CONTRATO | $ 144.677.644,97 | | $ 130.000.000,00 | $ 12.914.459,00 | $ 1.763.185,97 |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO** | | **Fecha de notificación:** 31/01/2026 |
| **Plazo de ejecución** | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 1/11/2024 | 31/05/2026 |
| **Vigencia del Contrato:** | 31/05/2026 | |
| **Prorrogas:** | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1: N/A**

**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 | NUMERO 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

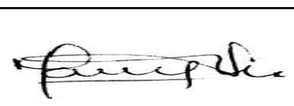
| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | | | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | | | | FECHA DE MANTENIMIENTO | | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A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

**OBSERVACIONES:NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES**

**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 |
| | | | | | | | | |



| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **MARIA NELCY TORO QUINTERO** | **FIRMA** |  |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **52.277.745** | | |
| **CELULAR :** | | | |

**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 | | |