

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 - 166-2025			VALOR	\$ 1.272.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-002-2025-HOMIL							
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE 50).							
Nombre de Contratista	TECNOLOGIAS MEDICAS COLOMBIA SAS			NIT/ CC	900448208			
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA			
Cuenta Bancaria No.	17877559582	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101260211	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		18/07/2025		

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					
VIGENCIA AÑO 2026	257225	18/07/2025	250555		139925	14/02/2025	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 2025	\$ 1.272.000,00			\$ 1.163.606,00	\$ 108.394,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.272.000,00				\$ 108.394,00

Nombre del Supervisor	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	31/01/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	30/07/2025		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	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	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	
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		