

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 - 326-2025			VALOR	\$ 8.780.000,00			
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-216-2025-HOMIL							
Objeto	SUMINISTRO DE GUÍA HIDROFÍLICA ROADRUNNER, SET MICROPUNCIÓN Y CATÉTERES INTRODUCTORES LARGOS DESDE 45 MM HASTA 90 MM DESDE 6FR A 10 FR PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. Lote 2 y 4							
Nombre de Contratista	WORLD MEDICAL			NIT/ CC	830065332			
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA			
Cuenta Bancaria No.	0560450769998904	Banco:	BANCO DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-46-101069179	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	515925	29/12/2025	250394		203225	22/07/2025	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	\$ 8.780.000,00				\$ 8.780.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 8.780.000,00				\$ 8.780.000,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 31/01/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	29/12/2025	31/03/2026
Vigencia del Contrato:	31/03/2026	
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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		