


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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

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 - 340-2025	VALOR	\$	100.000.000,00
------------------	----------------	-------	----	----------------

Nº 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	WM85771	27/04/2026	ZG000000025440	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 15.006.800,00
							WM85811	30/04/2026	ZG000000025492	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 1.380.000,00
							WM85772	27/04/2026	ZG000000025517	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 1.725.000,00
							WM85932	7/05/2026	ZG000000025600	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 29.648.490,00
							WM86101	20/05/2026	ZG000000025844	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 678.300,00
							WM85949	11/05/2026	ZG000000025845	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.070.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 50.508.590,00
----------------------------	------------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CINCUENTA MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA 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			\$ 204.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2026		\$ 100.000.000,00		\$ 79.471.930,00	\$ 20.528.070,00
TOTAL CONTRATO	\$ -			\$ 283.471.930,00	\$ 20.528.070,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 31/01/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 31/07/2025 FECHA DE TERMINACION: 31/05/2026
Vigencia del Contrato:	31/05/2026
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fecha MAYO 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 continuación:

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

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	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	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		