

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:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 018-2026		VALOR		\$ 1.672.000.000,00	
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-011-2026-HOMIL					
Objeto	Suministro de insumos y/o dispositivos médico -quirúrgicos para la realización del programa quirúrgico de salas de cirugía que componen la unidad médico y clínico quirúrgica de la subdirección médica del Hospital Militar Central (insumos catéteres y accesorios i para el servicio de electrofisiología					
Nombre de Contratista	ST. JUDE MEDICAL COLOMBIA LTDA		NIT/ CC		811021765	
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA	
Cuenta Bancaria No.	0304001118	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	83570	Asegurador a (Si aplica):	CHUBB	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/3/2026	
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP
VIGENCIA AÑO 2026	160926	5/3/2026			134126	26/1/2026
					No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA
					7600335725	6/5/2026
					ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA
					ZG000000026126	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD
						VALOR OBLIGACIÓN
						\$ 63.042.230,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO						\$ 63.042.230,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:						SESENTA Y TRES MILLONES CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA 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	\$ 1.672.000.000,00			\$ 762.255.242,00	\$ 909.744.758,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.672.000.000,00				\$ 909.744.758,00

Nombre del Supervisor:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	11/03/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	10/03/20216	30/11/2026	
Vigencia del Contrato:	30/11/2026		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporte 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 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 o existencia s almacén)	CANTIDA D	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

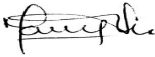
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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
						Página:	10
							2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745	CORREO: Mtoro@homil.gov.co	
CELULAR :			

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		