

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECON-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 - 289-2025			VALOR	\$ 586.068.700,00						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-033-2025-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES Y ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. LOTES 3, 4, 5 Y 6										
Nombre de Contratista	TM MEDICAS S.A.S			NIT/ CC	800108708						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA						
Cuenta Bancaria No.	06510870804	Banco:	BANCOLOMBIA S.A		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	45-44-101171462	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/11/2025						
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2026	467225	1/12/2025	250289		151025	18/3/2025	FEV3881	2/6/2026	ZF000000026125	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 158.724.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 158.724.100,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											CIENTO CINCUENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTOS 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	\$ 586.068.700,00						\$ 262.017.897,00		\$ 324.050.803,00		
TOTAL CONTRATO	\$ 586.068.700,00								\$ 324.050.803,00		

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO				Fecha de notificación: 31/01/2026			
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION	
		2/12/2025				31/5/2026	
Vigencia del Contrato:		31/5/2026					
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 JUNIO 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 detallada el cuadro relacionado 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 o existencia s 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
							Página:	10
								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		