

 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: 30-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	17/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MAYO
---------------	------------------	------------------------------	--------------------------	----------	---	-------------

No. de Contrato:	053-2026	VALOR	\$ 720.000.000,00
-------------------------	-----------------	--------------	--------------------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	001-2026-HOMIL
---	-----------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE NEUROMONITOREO INTRAOPERATORIO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, QUE INCLUYA EL SUMINISTRO EN CALIDAD DE ALQUILER DEL EQUIPO TECNOLÓGICO ESPECIALIZADO Y LA DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL MÉDICO IDÓNEO, PARA EL SOPORTE DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA Y DE OTROS SERVICIOS CLÍNICOS QUE, POR SU COMPLEJIDAD, REQUIERAN LA UTILIZACIÓN DE ESTA TECNOLOGÍA
---------------	---

Nombre de Contratista	LA INSTRUMENTADORA SAS	NIT/ CC	860.503.565-9
Clase de Contrato	INSUMOS	Modalidad de Contratación	SELECCION ABREVIADA

Cuenta Bancaria No.	03100079002	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente
----------------------------	--------------------	---------------	--------------------	------------------------	----------------	----------	------------------

Garantía Cumplimiento :21-40-101274172	Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía: 30/04/2026
---	---	---

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
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuesta (CCDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
2026	136526	3/02/2026	1365	3/2/2026	196726	29/4/2026	FE 24518	8/5/2026	ZG000000025821	FTS	\$	1.074.515,00		
							FE 24643	13/5/2026	ZG000000025780	FTS	\$	844.515,00		
							FE 24715	21/5/2026	ZG000000025886	FTS	\$	990.515,00		
							FE 24780	22/5/2026	ZG000000025895	FTS	\$	1.173.015,00		
											\$	-		
											\$	-		
											\$	-		
											\$	-		
											\$	-		
											\$	4.082.560,00		

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO					
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.					

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	\$ 720.000.000,00			\$ 16.679.620,00	\$ 703.320.380,00
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 720.000.000,00		\$ -	\$ 16.679.620,00	\$ 703.320.380,00

Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	30/4/2026	31/12/2026
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION

Vigencia del Contrato:	PLAZO DE EJECUCION OCHO MESES
	En tiempo
	1-
	2-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales por medio de certificado de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales expedido en Bogotá 19 de MAYO 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ABRIL así mismo certifico que el/la contratista