HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-FIN-01-FT-03
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	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 INFORME	ABRIL

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	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN 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												
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	
2026	136526	3/02/2026	1365	3/2/2026	196726	29/4/2026	FE 24431	6/5/2026	ZG000000025769	FTS	$	1.102.530,00
							FE 24714	21/5/2026	ZG000000025880	FTS	$	1.394.530,00
											$	-
											$	-
											$	-
											$	-
											$	-
											$	-
											$	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$	2.497.060,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL 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			$ 2.497.060,00	$ 717.502.940,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 720.000.000,00		$ -	$ 2.497.060,00	$ 717.502.940,00

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-	
3-		

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 17 de ABRIL 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 MARZO así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2:

NOTA 3 :

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

NOTA 4:

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

OBSERVACIONES: LA EJECUCION DEL CONTRATO SE PRESENTO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, POR ERROR Y FALTA DE INFORMACION NO SE PRESENTARON LOS INFORMES DE SUPERVISION A TIEMPO

NOTA 5: .

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° 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:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ		FIRMA	Sindy Amaya
NÚMERO DE CEDULA: 52395857			
CELULAR : 3125820171		CORREO:SAMAYAM@HOMIL.GOV.CO	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Ba		
	X	X