

HOSPITAL MILITAR CENTRAL							FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO								CÓDIGO: GA-GECON-MN-01-FY-05																																															
UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS															FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024																																															
MANUAL: CONTRATACION															VERSIÓN: 10																																															
PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES															PAGINA 1 DE 2																																															
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																																																														
Fecha:							22/7/2026							INFORME DE SUPERVISOR							TRAMITE PARA PAGO							X							MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO							JUNIO																				
No. de Contrato:							053-2026							VALOR							\$							720.000.000,00																																		
Proceso en el SECOP II /Tienda virtual							001-2026-HOMIL																																																							
Objeto							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/CG							860.503.565-9																																									
Clase de Contrato							ALQUILER							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 / CDDP No.		FECHA		DINÁMICA 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		1366		3/2/2026		196726		29/4/2026		FE 24966		5/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 24999		5/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25055		10/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25109		12/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25131		16/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25205		19/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25229		19/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25305		24/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
														FE 25319		25/6/2026						\$ 5.050.000,00																																								
																						\$ 45.450.000,00																																								
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO																																																														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL 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												\$ 95.265.735,00				\$ 624.734.265,00																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
																		\$ -																																												
TOTAL CONTRATO		\$ 720.000.000,00								\$ -				\$ 95.265.735,00				\$ 624.734.265,00																																												
Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ																																																														
30/4/2026																																																														
FECHA DE INICIO																																																														
FECHA DE TERMINACION																																																														
PLAZO DE EJECUCION OCHO MESES																																																														
Vigencia del Contrato:																																																														
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 JUNIO . En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MAYO 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 almacen)																																																														
CANTIDAD																																																														
NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN																																																														
FECHA DE INSTALACIÓN																																																														
VALOR UNITARIO																																																														
VALOR TOTAL																																																														
OBSERVACIONES																																																														
NOTA 4:																																																														
DESCRIPCIÓN 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
N 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:

2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

Sinde Amore

NÚMERO DE CEDULA: 52395857

CELULAR : 3125820171

CORREO: SAMAYAM@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Formato de Ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificación revisor Fiscal	X	
Certificación Ba		

X

X