

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

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 - 164-2025	VALOR:	\$	4.692.500,00
------------------	----------------	--------	----	--------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-002-2025-HOMIL
--	-------------------

Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE 49)
--------	--

Nombre de Contratista	Rafael Antonio Salamanca	NIT/ CC	17068260
-----------------------	--------------------------	---------	----------

Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	SUBASTA INVERSA
-------------------	-------------	---------------------------	-----------------

Cuenta Bancaria No.	23777620011	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	-------------	--------	-------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101107758	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/7/2025
-------------------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------	---	-----------

VIGENCIA	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
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2026	251625	15/07/2025	250206		139925	14/2/2025	FE251783	13/5/2026	ZG000000025941	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 302.974,00
							FE253163	27/5/2026	ZG000000025957	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 757.435,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 1.060.409,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	UN MILLÓN SESENTA MIL CUATROCIENTOS NUEVE 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	\$ 4.692.500,00			\$ 4.692.500,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2026		\$ 2.346.250,00		\$ 1.060.019,00	\$ 1.286.231,00
TOTAL CONTRATO	\$ -				\$ 1.286.231,00

Nombre del Supervisor MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 31/01/2026
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	16/7/2025	31/5/2026
Vigencia del Contrato:	31/5/2026	
Prorrogas:	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 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 (Instalad o/ existencia s almacén)	CANTID AD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVA CIONES
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	OBSERVA CIONES
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	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 10
							Página: 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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		