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:	14/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL/2026

No. de Contrato:	272-2025	VALOR	$350.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-038-2025-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 S.A.S.	NIT/ CC	860503565
Clase de Contrato	Prestación de servicio	Modalidad de Contratación	Selección abreviada menor cuantía

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

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 2078068-1	Aseguradora (Si aplica): LIBERTY SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 11/11/2025

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)	148025	10/3/2025			454525	21/11/2025	23174	5/3/2026	N/A	N/A	$4.600.000
	148025	10/3/2025			454525	21/11/2025	21795	17/12/2025	N/A	N/A	$4.600.000
	148025	10/3/2025			454525	21/11/2025	23737	27/3/2026	N/A	N/A	$4.600.000
	148025	10/3/2025			454525	21/11/2025	21932	22/12/2025	N/A	N/A	$4.600.000
	148025	10/3/2025			454525	21/11/2025	23131	4/3/2026	N/A	N/A	$4.600.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$23.000.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (VEINTITRES MILLONES DE 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 (Ej:2025)	$350.000.000			$188.281.715	$160.571.813
TOTAL CONTRATO	$ 350.000.000,00	$ -	$ -	$ 188.281.715,00	$ 160.571.813

Nombre del Supervisor LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	Fecha de notificación: 04/12/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	4/12/2025	31/03/2026
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	En tiempo	
	1- 31/03/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 19/01/2026 y riesgos profesionales 19/01/2026 Planilla N° 72340067– correspondiente al mes de Marzo
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: 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 continuacion:

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: 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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 91540063		
CELULAR : 3013705432	CORREO: lchacon@homilgov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	7
Pago de Seguridad Social	X	2