| 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: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 31/7/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | CTO - 115-2026 | VALOR | $ | 184.171.391,00 | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SI-006-2026-HOMIL | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE SALAS DE CIRUGÍA QUE COMPONEN LA UNIDAD MEDICO Y CLINICO QUIRURGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - LOTES 51, 60, 61, 62 122 y 134 | | | | |
| Nombre de Contratista | TECNOLOGIAS MEDICAS COLOMBIA SAS | NIT/ CC | 900448208 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTROS | Modalidad de Contratación | SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 17877559582 | Banco: | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta: | Ahorros / Corriente: X |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 11-44-101285522 | Aseguradora (Si aplica): | SEGURO DEL ESTADO | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 23/6/2026 |

| 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 | 231926 | 22/6/2026 | | | 159726 | 26/3/2026 | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ - |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO 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 2026 | $ 184.171.391,00 | | | | $ 184.171.391,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 184.171.391,00 | | | | $ 184.171.391,00 |

| Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO | | Fecha de notificación: 27/07/2026 |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 1/7/2026 | 30/11/2026 |
| Vigencia del Contrato: | 30/11/2026 | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:N/A**

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES: NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES**

**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 | | |