

	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:	30/9/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	------------

No. de Contrato:	CTO - 118-2026	VALOR	\$	72.508.859,00
------------------	----------------	-------	----	---------------

Nº 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 QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - LOTES 66 y 99
--------	---

Nombre de Contratista	WORLD MEDICAL	NIT/ CC	830065332
-----------------------	---------------	---------	-----------

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

Cuenta Bancaria No.	0560450769998904	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	------------------	--------	------------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-46-101073159	Asegurador a (Si aplica):	SEGURO DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	26/6/2026
-------------------------------------	-----------------	---------------------------	-------------------	---	-----------

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	236426	24/6/2026			159726	26/3/2026	WM87481	14/08/2026	ZG000000027565	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 10.945.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 10.945.100,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DIEZ MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIEEN 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	\$ 72.508.859,00			\$ 38.445.100,00	\$ 34.063.759,00
TOTAL CONTRATO	\$ 72.508.859,00				\$ 34.063.759,00

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: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fecha AGOSTO 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 detallada el cuadro relacionado 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 (Instalado o existencia s 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

OBSERVACIONES: LA FACTURA DE ESTA ENTRADA SE REINGRESA PORQUE EN LA ENTRADA ZG27482 OBLIGACION 16450 QUE FUE ANULADA HABIA DIFERENCIA DE PRECIO

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: Página:		VERSIÓN 2 DE 2	10

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745	CORREO: mtoro@homil.gov.co	
CELULAR :			

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		