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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 31/03/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE** | |
| **No. de Contrato:** | 016/2025 | | | **VALOR** | **$** | **99.239.000,00** | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | **CO1.PCCNTR.7604940** | | | | | | |
| **Objeto** | SUMINISTRO DE ELEMENTOS (LABORATORIO PULMONAR), DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | INSTRUMENTACIÓN S.A. | | | **NIT/ CC** | **860.001.130-4** | | |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTRO | | | **Modalidad de Contratación** | **DIRECTA N° CD-011-2025-HOMIL** | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **470-00026-6** | **Banco:** | **BANCO AV VILLAS** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **18844101105098** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEUROS DEL ESTADO S.A** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **19/03/2025** | | | |

| **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** | | | | | |
| AÑO 2025 | 134125 | 31/01/2025 | | | 164425 | 20/03/2025 | N/A | N/A | N/A | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ -** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** | **N/A** |

| **VIGENCIA** | **VR. CONTRATO (A)** | **VR. ADICION (B)** | **REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )** | **VR. EJECUTADO (D )** | **SALDO CONTRATO (A+B-C-D)** |
|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO 2025** | $ 99.239.000,00 | | | | $ 99.239.000,00 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 99.239.000,00** | **$ -** | **$ -** | **$ -** | **$ 99.239.000,00** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | **Fecha de notificación: 17/03/2025** |

| | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | **20/03/2025** | **31/12/2025** |
| **Vigencia del Contrato:** | **30/06/2026** | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales. . 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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS**

**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** |
| N/A | N/A | N/A | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FORMATO** | **INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO** | **CODIGO:** | **VERSIÓN 10** |
| | | **Página:** | **2 DE 2** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | **FIRMA** | |
| **NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444** | | | |
| **CELULAR :** | | **CORREO: jnovoa@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** | | |