

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						PAGINA 1 DE 2				
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										
Fecha:	30/06/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O						
No. de Contrato:	409/2023			VALOR	\$ 85.383.101,00							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-018-2023-HOMIL											
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 57".											
Nombre de Contratista	HB SUPPLIER S.A			NIT/ CC		830126596						
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación		Licitación pública						
Cuenta Bancaria No.	37215248279		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	340 47 994000049907; RC 340-74-994000006624		Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/12/2023					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN	
AÑO 2025	17425	8/01/2025	174	8/01/2025	14925	8/01/2025	N/A	N/A	N/A	FTS		
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 2023	\$ 1.839.196,00			\$ 1.839.196,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 31.545.888,00		\$ 16.684,00	\$ 31.529.204,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 32.492.265,00			\$ 11.281.575,00	\$ 21.210.690,00
AÑO 2026	\$ 19.522.436,00			\$ -	\$ 19.522.436,00
TOTAL CONTRATO	\$ 85.399.785,00	\$ -	\$ 16.684,00	\$ 44.649.975,00	\$ 40.733.126,00

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN								Fecha de notificación: 04/07/2024						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		20/12/2023						31/07/2026						
Vigencia del Contrato:		31/07/2026												
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 / existencia s almacén)	CANTIDA D	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

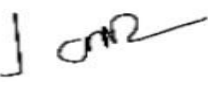
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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: 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		