

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-PT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-03-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							
		PAGINA 1 DE 2												
Fecha:	5/8/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		AGOSTO DE 2025						
No. de Contrato:	019-2025		VALOR		\$ 26.427.825									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA MC-009-2025-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE TUBOS COLORIMÉTRICOS PARA LOS ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN PRODUCCIÓN Y EN PUNTOS DE USO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."													
Nombre de Contratista	PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN S.A.S.		NIT/ CC		900.270.461-4									
Clase de Contrato	SUMINISTRO		Modalidad de Contratación		SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA									
Cuenta Bancaria No.	450200049929		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
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 (Ej:2025)	160625	17/3/2025												
VIGENCIA AÑO ()														
VIGENCIA AÑO ()														
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 26.427.825				\$ -		\$ 0		\$ 26.427.825					
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 0													
TOTAL CONTRATO	\$ 26.427.825,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ 26.427.825					
Nombre del Supervisor: Alexander Ramirez Sanchez												Fecha de notificación: 26/03/2025		
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		20/3/2025				31/12/2025								
Vigencia del Contrato:														
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/01/02 y riesgos profesionales 2025/01/02 Planilla N° xxxx, correspondiente [X] mes de ENERO, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO); 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 relacionado 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/ en funcionamiento 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 La factura 2101214331 (consecutivo 2587) por un total de \$23.469.821 correspondiente al compromiso/reserva 241027.									
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexas 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: Alexander Ramirez Sanchez			FIRMA						
NÚMERO DE CEDULA:		79384568							
CELULAR : 3204196442					CORREO: alramirez@homll.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					X	1			
Pago de Seguridad Social					X	1			