

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:	30/09/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O	sep-25					
No. de Contrato:	417/2023			VALOR	\$ 131.481.108,00							
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 LOS LOTES 17 y 37."											
Nombre de Contratista	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA			NIT/ CC	17068260							
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública							
Cuenta Bancaria No.	23777620011	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	101094506	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	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	14425	8/01/2025	144	8/01/2025	11925	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	\$ 1.887.745,00			\$ 1.887.745,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 32.378.602,00	\$ 43.827.035,00		\$ 76.205.637,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 33.349.959,00			\$ 32.861.178,00	\$ 488.781,00
AÑO 2026	\$ 20.037.767,00			\$ -	\$ 20.037.767,00
TOTAL CONTRATO	\$ 87.654.073,00	\$ 43.827.035,00	\$ -	\$ 110.954.560,00	\$ 20.526.548,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	03/07/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	14/12/2023		31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/01/2027		
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

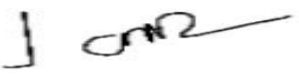
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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: SE SUSPENDE LA VIGENCIA DE 2025 A PARTIR DEL 25 ABRIL 2025, SE REANUDA A PARTIR DE 01/01/2026

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		
N/A	N/A	N/A	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:	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		