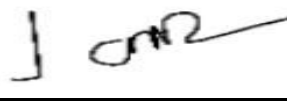


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
			MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10					
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES											
			SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2					
Fecha:	31/10/2025		INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE 2025				
No. de Contrato:	016/2025					VALOR	\$		99.239.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	DIRECTA N° CD-011-2025-HOMIL													
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	CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	04217645913			Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18844101105098			Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		19/03/2025					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	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			
			DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
AÑO 2025	134125	31/01/2025			164425	20/03/2025	FVE793	16/10/2025	ZF000000021615	FTS	\$ 15.999.550,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$ 15.999.550,00		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:			QUINCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE											
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								\$ 52.449.250,00		\$ 46.789.750,00			
TOTAL CONTRATO	\$ 99.239.000,00		\$ -			\$ -			\$ 52.449.250,00		\$ 46.789.750,00			
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN							Fecha de notificación: 03/07/2025							
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION						
			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	N/A
OBSERVACIONES:														
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	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		