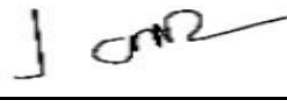


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		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:	200/2025			VALOR	\$ 91.000.000,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-001-2025-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"													
Nombre de Contratista	HOSPITECNICA S.A.S.			NIT/ CC	830.131.869-6									
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SUBASTA INVERSA									
Cuenta Bancaria No.	03237663682		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CSC-100057088		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		8/09/2025						
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	135625	5/02/2025			312525	8/09/2025	HT56022	14/10/2025	ZF000000021536	FTS	\$ 3.348.505,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.348.505,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCO 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	\$ 91.000.000,00							\$ 22.503.114,00		\$ 68.496.886,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 91.000.000,00		\$ -			\$ -		\$ 22.503.114,00		\$ 68.496.886,00				
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 12/09/2025								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			12/09/2025				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						
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: jnova@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		