| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION<br>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | VERSIÓN: 10 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 30/11/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE** | **NOVIEMBRE 2025** |
| **No. de Contrato:** | 423/2023 | | | **VALOR** | **$ 30.454.877,00** | | |
| **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 2" | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | B Braun Medical SA | | | **NIT/ CC** | **860026442** | | |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTRO | | | **Modalidad de Contratación** | **Licitación pública** | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **833006299** | **Banco:** | **BBVA** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **73063; RC 21222** | **Aseguradora (Si aplica):** | **BERKLEY** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **18/12/2023** | | | |

| **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** | | | | | |
| **AÑO 2025** | **17325** | **8/01/2025** | **173** | **8/01/2025** | **14825** | **8/01/2025** | 58421165 | 5/11/2025 | ZF000000021943 | FTS | $ 733.500,00 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 733.500,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** **SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS 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 2023** | **$ 655.886,00** | | | **$ 655.886,00** | **$ -** |
| **AÑO 2024** | **$ 11.249.749,00** | | | **$ 11.249.749,00** | **$ -** |
| **AÑO 2025** | **$ 11.587.241,00** | | | **$ 7.948.965,00** | **$ 3.638.276,00** |
| **AÑO 2026** | **$ 6.962.001,00** | | | $ - | **$ 6.962.001,00** |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 30.454.877,00** | **$ -** | **$ -** | **$ 19.854.600,00** | **$ 10.600.277,00** |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | **JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | **Fecha de notificación: 03/07/2025** |
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **20/12/2023** | **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 / 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.

| INFORMACION 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** | | |