| 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: 30-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 23/01/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. de Contrato: | 198-2025 | VALOR | $ 64.000.000 |
|---|---|---|---|
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | MC-154-2025-HOMIL | | |
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PH METRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| Nombre de Contratista | PATRICIA E ALVAREZ IPS LCM S.A.S | NIT/ CC | 901.039.135 |
| Clase de Contrato | Prestación de servicios | Modalidad de Contratación | MINIMA CUANTÍA |

| Cuenta Bancaria No. | 035023639 | Banco: | ITAU | Tipo de Cuenta: | Ahorros | | Corriente | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 62-46-101014401 | Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 03/09/2025 |
|---|---|---|---|

| 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 | | | | | |
| 2025 | 204525 | 1/09/2025 | | | 305825 | 1/09/2025 | ENTI 14464 | 15/12/2025 | N/A | N/A | $ 4.495.000 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 4495000 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS m/cte

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | $ 64.000.000 | 0 | 0 | $ 63.490.000,00 | 510.000 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $ 64.000.000,00 | $ - | $ - | $ 63.490.000,00 | $ 510.000,00 |

**Nombre del Supervisor :** HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH **Fecha de notificación:** 12/09/2025

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 1/09/2025 | 31/12/2025 |
| Vigencia del Contrato: | | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales de acuerdo a certificación de noviembre de 2025
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (noviembre); 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 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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

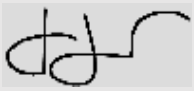
| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | | | FECHA DE MANTENIMIENTO | | | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES**:

**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 | |
| | | | 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: HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH | FIRMA |  |
|---|---|---|

| NÚMERO DE CEDULA: | 3715103 |
|---|---|
| CELULAR : | CORREO: hjuliao@homil.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | x | x |
| Acta de supervisión y/o Factura | x | x |
| Pago de Seguridad Social | x | x |