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

Fecha:	3/2/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**ENERO DE 2026**
No. de Contrato:	**019-2025**			**VALOR**		**$ 26.427.825**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA MC-009-2025-HOMIL**						
Objeto	"SUMINISTRO DE TUBOS COLORIMÉTRICOS PARA LOS ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN PRODUCCIÓN Y EN PUNTOS DE USO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."						
Nombre de Contratista	**PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN S.A.S.**			**NIT/ CC**		**900.270.461-4**	
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**		**SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA**	

Cuenta Bancaria No.	´450200049929	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Aseguradora (Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

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	120825	31/3/2025	1613	17/03/2025	160625	17/3/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0**

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)
VIGENCIA AÑO 2025	$ 26.427.825		$ -	**$ 24.959.773**	$ 1.468.052
TOTAL CONTRATO	**$ 26.427.825,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 24.959.773**	**$ 1.468.052**

Nombre del Supervisor: Diana Barrero Muñoz	**Fecha de notificación: 19/08/2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	20/3/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- Fecha inicio: 20 marzo 2025 - Fecha final : 31 Marzo 2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Se Verifica pago la certificacion de pago de Parafiscales EPS y Pensión de los últimos 6 meses presentado por el contratista, firmada por la contadora Katherin Viviana Velasquez Jimenez, TP N° 233068-t de la firma Pharmaceutical Supply Chain SAS, en mi condición de supervisor del contrato, verifico que la empresa contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de Diciembre de 2025; así mismo certifico se recibio los bienes contratados, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto contractual 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
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

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	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: Diana Barrero Muñoz	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**52231051**	
CELULAR : 3182434617	**CORREO: dbarrero@homil.gov.co**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	0
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	N/A	0