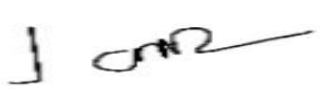


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	28/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	FEBRERO 2026					
No. de Contrato:	321/2025				VALOR	\$ 64.000.000,00								
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-215-2025-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE CATÉTERES PERIFÉRICOS CORTOS CON APOYO TECNOLÓGICO DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR"													
Nombre de Contratista	ALFA TRADING S.A.S				NIT/ CC	830.041.488-7								
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA								
Cuenta Bancaria No.	Cuenta Bancaria No.	011407789		Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X		Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
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	242925	12/11/2025	250363		242925	12/19/2025	INST248355	10/02/2026	ZG0000000023985	FTS	\$ 13.992.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 13.992.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		TRECE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS 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)				
AÑO 2025	\$ 64.000.000,00							\$ 63.969.300,00		\$ 30.700,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 64.000.000,00		\$ -			\$ -		\$ 63.969.300,00		\$ 30.700,00				
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 15/09/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		29/12/2025				31/12/2025								
Vigencia del Contrato:		30/06/2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1- 31/03/2026												
		2-												
		3-												
NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas apor to la certificación de los aportes para fiscales de fecha ____ENERO 2026____los para fiscales 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: SE APLICA NOTA CREDITO No NC INST203375 DE FECHA 16/02/2026 POR VALOR DE \$14´866.500 EMITIDA POR EL PROVEEDOR POR DEVOLUCION DE INSUMOS AL NO HABER SUFICIENTE SALDO EN EL COMPROMISO PRESUPUESTAL														
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	Nº 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: jnovoa@homil.gov.co								

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		