

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:	405/2023				VALOR	\$ 9.821.797,00						
Nº 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 67"											
Nombre de Contratista	BSN MEDICAL LTDA				NIT/ CC		805019723					
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación		Licitación pública					
Cuenta Bancaria No.	06023669274		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.13241330; RC CO1.WRT.13241271		Aseguradora (Si aplica):	JMALUCELLI TRAVELERS		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		21/12/2023				
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 2026	14126	6/01/2026	250308		14126	6/01/2026	FE88399	18/02/2026	ZG000000024054	FTS	\$ 830.880,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 830.880,00	

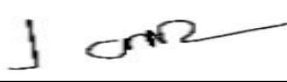
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: OCHOCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
AÑO 2023	\$ 142.584,00						\$ 142.584,00		\$ -		
AÑO 2024	\$ 2.445.598,00		\$ 2.317.220,00		\$ 16.050,00		\$ 4.746.768,00		\$ -		
AÑO 2025	\$ 2.518.966,00		\$ 900.000,00				\$ 3.418.966,00		\$ -		
AÑO 2026	\$ 1.513.479,00						\$ 1.465.514,00		\$ 47.965,00		
TOTAL CONTRATO	\$ 6.620.627,00		\$ 3.217.220,00		\$ 16.050,00		\$ 9.773.832,00		\$ 47.965,00		

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN								Fecha de notificación: 03/07/2025						
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	22/12/2023					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 / existencia s almacén)	CANTIDA D	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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		