
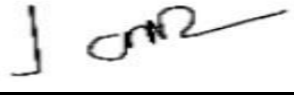


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	30/04/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		ABRIL 2026							
No. de Contrato:	201/2025	VALOR	\$		137.844.000,00									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-001-2025-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".													
Nombre de Contratista	ALFA TRADING S.A.S.	NIT/ CC	830.041.488-7											
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	SUBASTA INVERSA											
Cuenta Bancaria No.	Cuenta Bancaria No.	011407789	Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	3437325000137	Aseguradora (Si aplica):	MAPFRE COLOMBIA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	19/09/2025									
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
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	135625	5/02/2025			311725	5/09/2025	INST251255	16/04/2026	ZG000000025117	FTS	\$ 29.700.000,00			
							INST251724	27/04/2026	ZG000000025383	FTS	\$ 16.185.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 45.885.000,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		CUARENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA 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)									
AÑO 2025	\$ 95.000.000,00	\$ 45.000.000,00	\$ 2.156.000,00	\$ 137.747.270,00	\$ 96.730,00									
TOTAL CONTRATO	\$ 95.000.000,00	\$ 45.000.000,00	\$ 2.156.000,00	\$ 137.747.270,00	\$ 96.730,00									
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN				Fecha de notificación: 15/09/2025										
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		15/09/2025				31/12/2025								
Vigencia del Contrato:		30/06/2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1- 31/03/2026												
		2- 30/04/2026												
		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 reacionado a continuación:														
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)	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: SE REALIZA ADICION POR VALOR DE \$ 45.000.000 SE REALIZA EL 07 ABRIL 2026.														
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		