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:	31/05/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**MAYO 2026**
No. de Contrato:	010/2026			**VALOR**	**$ 48.750.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**MC-012-2026-HOMIL**						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE CURACIÓN (APOSITO ABSORBENTE NO ADHERENTE, UNGÜENTO RICO EN ZINC, BAJALENGUAS DE MADERA Y APLICADORES DE MADERA CON PUNTA ALGODÓN, MANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES RIESGO DE CAIDAS, TOALLA PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN) REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS DE ODONTOLOGIA Y DE LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S. SIGLA: CEMINSUMOS S.A.S.			**NIT/ CC**	**900.923.368-0**		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**		

Cuenta Bancaria No.	**Cuenta Bancaria No.**	**076200134336**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**CHU-100074049**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**26/02/2026**				

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 2026	128426	16/01/2026			153826	23/02/2026	FEC2534	30/04/2026	ZG000000025512	FTS	$ 6.344.150,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 6.344.150,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA 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 2026	**$ 48.750.000,00**			**$ 17.839.286,00**	**$ 30.910.714,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 48.750.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 17.839.286,00**	**$ 30.910.714,00**

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN	**Fecha de notificación: 27/02/2026**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	**27/02/2026**	**31/12/2026**
Vigencia del Contrato:	**30/06/2026**	
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/ 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

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						

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**	**N° FOLIOS**
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		