

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: 30-05-2024							
			MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10							
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES													
			SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	5/06/2026		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO				MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO			
No. de Contrato:			048-2026			VALOR		\$ 78.790.000,00								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual			MC-048-2026-HOMIL													
Objeto			SUMINISTRO DE LOS GASES MEDICINALES, OXIGENO- HELIO, OXIDO NÍTRICO, Y ADICIONALMENTE HELIO, PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.													
Nombre de Contratista			GASES INDUSTRIALES DE COLOMBIA S.A			NIT/ CC		860013704-3								
Clase de Contrato			SUMINISTRO			Modalidad de Contratación		MÍNIMA CUANTÍA								
Cuenta Bancaria No.			100-00614-7		Banco:		BANCO SANTANDER DE NEGOCIOS COLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:		Ahorros		Corriente		X	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 2084894			Aseguradora (Si aplica): Liberty Seguros			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 08/05/2026										
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				
VIGENCIA 2026		153326	9/03/2026	2058	12/05/2026	203926	12/05/2026					0				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												0				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatrosientos sesenta y nueve mil novecientos sesenta y un pesos m/cte) Cero																
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA 2026	\$ 78.790.000,00										\$ 78.790.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 78.790.000,00		\$ -			\$ -			\$ -		\$ 78.790.000,00					
Nombre del Supervisor: Gloria Judith Martínez Moreno													Fecha de notificación: 13/05/2026			
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION							
			13/05/2026						31/12/2026							
Vigencia del Contrato:			La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis(6) meses más													
Prorrogas:			En tiempo													
			1-													
			2-													
			3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. NO APLICA DEBIDO A QUE NO FACTURARON EN EL MES DE MAYO																
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		
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			
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):																
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						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Gloria Judith Martínez Moreno		FIRMA	Gloria Martínez	
NÚMERO DE CEDULA:		52832037		
CELULAR : 3184015293		CORREO: gjmartinez@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			