


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:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO 2026
No. de Contrato:	063/2026	VALOR		\$	34.000.000,00	

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual: **MC-056-2026-HOMIL**

Objeto: "SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" Lote 2, 5 y 7

Nombre de Contratista: MEDICOX LTDA      NIT/ CC: **830.142.523-0**

Clase de Contrato: SUMINISTRO      Modalidad de Contratación: **MÍNIMA CUANTÍA**

Cuenta Bancaria No. **03318980996**      Banco: **BANCOLOMBIA**      Tipo de Cuenta: Ahorros      Corriente: X

Garantía Cumplimiento (Si aplica): **14-44-101264583**      Aseguradora (Si aplica): **SEGUROS DEL ESTADO**      Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): **10/6/2026**

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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2026	155826	17/3/2026			218326	4/6/2026	N/A	N/A	N/A	FTS	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: \$ -  
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **N/A**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2026	\$ 34.000.000,00				\$ 34.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 34.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 34.000.000,00

Nombre del Supervisor: **JANNETHE NOVOA CUCARIAN**      Fecha de notificación: **01/07/2026**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	<b>18/6/2026</b>	<b>31/12/2026</b>

Vigencia del Contrato: **30/6/2026**

En tiempo: 1-  
2-  
3-

Prorrogas:

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 detallada el cuadro relacionado 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/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

OBSERVACIONES: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS

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		