


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 MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	VERSIÓN: 10
		PAGINA 1 DE 2

Fecha:	18/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO 2026
No. de Contrato:	064/2026		VALOR	\$	21.000.000,00	

N° de Proceso en el SICOP 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 1, 3 y 4				
Nombre de Contratista	LM INSTRUMENTS S.A.S		NIT/ CC	800.077.635-1	
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA		

Cuenta Bancaria No.	Cuenta Bancaria No.	043377050	Banco:	BANCO DE BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	4521248	Aseguradora (Si aplica):	SURA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	5/6/2026				

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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2026	155826	17/3/2026			224526	16/6/2026	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	\$ 21.000.000,00				\$ 21.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 21.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 21.000.000,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	01/07/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:	18/6/2026		31/12/2026
	En tiempo	30/6/2026	
Prorrogas:	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 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 almacen)	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	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	CORREO:	jnovoa@homil.gov.co
CELULAR:			

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		