


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 GESTIÓN INTEGRADO SGI			

Fecha:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO 2026
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	------------

No. de Contrato:	081/2026	VALOR	\$	85.558.000,00
------------------	----------	-------	----	---------------

N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	CD-017-2026-HOMIL
---	-------------------

Objeto	SUMINISTRO DE ELEMENTOS (LABORATORIO PULMONAR), DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
--------	---

Nombre de Contratista	INSTRUMENTACION S.A.S	NIT/ CC	860001130-4
-----------------------	-----------------------	---------	-------------

Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	Cuenta Bancaria No.	042-176459-13	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	---------------------	---------------	--------	-------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	CBS-1100003019	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	5/6/2026
------------------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	---	----------

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										VALOR OBLIGACIÓN	
	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		
AÑO 2026	139626	9/2/2026			218226	4/6/2026	FVE5182	23/6/2026	ZG000000026359	FTS	\$	23.056.250,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	23.056.250,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	VEINTITRES MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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	\$ 85.558.000,00			\$ 23.056.250,00	\$ 62.501.750,00
TOTAL CONTRATO	\$ 85.558.000,00	\$ -	\$ -	\$ 23.056.250,00	\$ 62.501.750,00

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	10/6/2026	31/12/2026

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

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-

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 o/ 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:

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	Entidad
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		