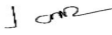


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR.	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE TRAMITE	JUNIO 2026							
No. de Contrato:	405/2023				VALOR.	\$	9.821.797,00							
N° de Proceso en el SECOPII / Tienda virtual	LP-018-2023-HOMIL													
Objeto	" SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 67"													
Nombre de Contratista	BSN MEDICAL LTDA				NIT/ CC	805019723								
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación	Licitación pública								
Cuenta Bancaria No.	06023669274	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	CO1.WRT.13241330; RC CO1.WRT.13241271	Aseguradora (Si aplica):	JMALUCCELLI TRAVELERS		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	21/12/2023								
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	14126	6/1/2026	250308		14126	6/1/2026	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 2023	\$ 142.584,00						\$ 142.584,00		\$ -					
AÑO 2024	\$ 2.445.598,00		\$ 2.317.220,00		\$ 16.050,00		\$ 4.746.768,00		\$ -					
AÑO 2025	\$ 2.518.966,00		\$ 900.000,00				\$ 3.418.966,00		\$ -					
AÑO 2026	\$ 1.513.479,00						\$ 1.465.514,00		\$ 47.965,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 6.620.627,00		\$ 3.217.220,00		\$ 16.050,00		\$ 9.773.832,00		\$ 47.965,00					
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN Fecha de notificación: 03/07/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		22/12/2023				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		31/1/2027												
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 relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado o/ existencia a 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	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					
N/A	N/A		N/A		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:		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														