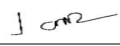


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR.	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INGRESO	JUNIO 2026							
No. de Contrato:	408/2023			VALOR	\$ 2.249.933.098,00									
N° de Proceso en el SECOP II /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 LOS LOTES 59 y 69.*.													
Nombre de Contratista	QUIRUMEDICAS S.A.S.			NIT/ CC	860047163									
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública									
Cuenta Bancaria No.	012106738	Banco:	BANCO DE BOGOTA S. A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101432513; RC 21-40-101224150	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/12/2023								
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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2026	7126	6/1/2026	250475		7126	6/1/2026	QM286093	19/6/2026	ZG000000026375	FTS	\$ 76.595.552,00			
										FTS				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 76.595.552,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		SETENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PEOS M/CTE												
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
AÑO 2023	\$ 51.685.694,00						\$ 51.685.694,00		\$ -					
AÑO 2024	\$ 886.513.022,00				\$ 150.000.000,00		\$ 736.513.022,00		\$ -					
AÑO 2025	\$ 913.108.411,00						\$ 913.108.411,00		\$ -					
AÑO 2026	\$ 548.625.971,00						\$ 320.502.228,00		\$ 228.123.743,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 2.399.933.098,00		\$ -		\$ 150.000.000,00		\$ 2.021.809.355,00		\$ 228.123.743,00					
Nombre del Supervisor : JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 01/07/2026								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			19/12/2023				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 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 (Instalad o/ existencia o 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	
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							
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														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														

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		