

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		PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JUNIO 2026				
No. de Contrato:	409/2023				VALOR		\$ 85.383.101,00								
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 EL LOTE 57".														
Nombre de Contratista	HB SUPPLIER S.A				NIT/ CC		830126596								
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación		Licitación pública								
Cuenta Bancaria No.	37215248279		Banco:		BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:		Ahorros		Corriente		X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	340 47 994000049907; RC 340-74-994000006624		Aseguradora (Si aplica):		ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		13/12/2023						
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 2025	13326		6/1/2026	250414		13326	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	\$ 1.839.196,00						\$ 1.839.196,00		\$ -						
AÑO 2024	\$ 31.545.888,00						\$ 31.529.204,00		\$ -						
AÑO 2025	\$ 32.492.265,00						\$ 32.492.265,00		\$ -						
AÑO 2026	\$ 19.522.436,00						\$ 9.130.780,00		\$ 10.391.656,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 85.399.785,00		\$ -		\$ 16.684,00		\$ 74.991.445,00		\$ 10.391.656,00						
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 01/07/2026									
Plazo de ejecución						FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION					
						20/12/2023				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 (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	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												CODIGO:		VERSIÓN	10
INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO												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		