

		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 GESTION INTEGRADO SGI															
Fecha:	31/7/2026		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO 2026				
No. de Contrato:	141/2026						VALOR		\$		337.708.922,00				
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-005-2026-HOMI														
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIAL DE CURACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (TOALLA ANTISÉPTICA CON CLORHEXIDINA GLUCONATO AL 2% PARA BAÑO EN CAMA, TOALLAS PARA ASEO CORPORAL DE ALOE VERA)"														
Nombre de Contratista	CEMINSUMOS S.A.S.						NIT/ CC		900.923.368-0						
Clase de Contrato	SUMINISTRO						Modalidad de Contratación		SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS UNIFORMES POR SUBASTA INVERSA ELECTRÓNICA						
Cuenta Bancaria No.	Cuenta Bancaria No.		076200134336		Banco:		BANCO DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:		Ahorros X Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CHU-100082406		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS MUNDIAL		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		30/6/2026						
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	154926	12/3/2026			238926	26/6/2026	FEC2593	6/7/2026	ZG000000026602	FTS	\$ 26.405.375,00				
							FEC2635	27/7/2026	ZG000000026929	FTS	\$ 6.684.672,00				
							FEC2637	27/7/2026	ZG000000026963	FTS	\$ 20.113.919,00				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 53.203.966,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCUENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS 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	\$ 337.708.922,00								\$ 53.203.966,00		\$ 284.504.956,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 337.708.922,00		\$ -				\$ -		\$ 53.203.966,00		\$ 284.504.956,00				
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN															
Fecha de notificación: 06/07/2026															
FECHA DE INICIO															
18/6/2026															
FECHA DE TERMINACION															
31/12/2026															
Plazo de ejecución															
30/6/2026															
Vigencia del Contrato:															
En tiempo															
1-															
2-															
3-															
Prorrogas:															
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 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	ÁREA 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	Nº 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		CÓDIGO: VERSIÓN 10		Página: 2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:			JANNETHE NOVOA CUCARIAN				FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444			CORREO: jnova@homil.gov.co												
CELULAR :															

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		