

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:	10/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	diciembre				
No. de Contrato:	121-2025				VALOR	\$ 44.913.000					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-008-2025-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES EN LA CENTRAL DE ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – LOTE 11.										
Nombre de Contratista	LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA				NIT/ CC	830.061.856-1					
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación	SUBASTA INVERSA					
Cuenta Bancaria No.	250046833-00	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	x	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	8/07/2025					
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
2025	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	FEV63247	10/12/2025	ZF000000022609	FTS	\$ 17.999.940,00
	139525	13/02/2025	1395	13/02/2025	245225	4/07/2025					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 17.999.940,00	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		Diecisiete millones novecientos noventa y nueve mil novecientos cuarenta pesos									
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)	
2025	\$ 44.913.000		\$ -			\$ -		\$ 44.399.852		\$ 513.148	
TOTAL CONTRATO	\$ 44.913.000,00		\$ -			\$ -		\$ 44.399.852,00		\$ 513.148,00	
Nombre del Supervisor EDIER VALDERRAMA LUGO					Fecha de notificación: 22/08/2025						
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION				
			9/07/2025				30/12/2025				
Vigencia del Contrato:			2025								
Prorrogas: N/A			En tiempo N/A								
			1-N/A								
			2-N/A								
			3-N/A								
NOTA 1: Se Verifica pago la certificación de pago de Parafiscales EPS y Pensión de los últimos 6 meses presentado por el contratista, firmada por el Revisor Fiscal Andrea Cujaban Cardozo TP N° 115137-T, en mi condición de supervisor del contrato, verifico que la empresa contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de Noviembre de 2025; así mismo certifico se recibio los bienes contratados, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto contractual y las obligaciones del mismo. 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 realcionado a continuacion:											

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	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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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	
			N/A	N/A	N/A	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: EDIER VALDERRAMA LUGO				
NÚMERO DE CEDULA:	82390319	FIRMA		
CELULAR : 57 601 3486868 EXT. 3246			CORREO: evalderrama@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	5
Pago de Seguridad Social	X	1