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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	2/4/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	MARZO 2026

No. de Contrato:	254-2025	**VALOR**	$ 35.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-186-2025-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, INCLUYENDO LOS REPUESTOS NUEVOS NECESARIOS, PARA LAS LAVADORAS TERMODESINFECTADORAS WD 200 Y W290 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		
Nombre de Contratista	NOVATECNICA S.A.S.	**NIT/ CC**	900.412.189
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.	03191326511	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 18-44-101110071	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 30/10/2025

VIGENCIA	INFORMACION PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA 2025	149525	17/3/2025			410125	28/10/2025	MARZO 2026				$ 0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA 2025	$ 35.000.000	$ 0	$ 0	$ 34.785.687	$ 214.313
TOTAL CONTRATO	**$ 35.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.785.687**	**$ 214.313**

Nombre del Supervisor: S2 ARMANDO SANADRES LEON	**Fecha de notificación:** 22/01/2026

Plazo de ejecución:	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/10/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	3 MESES	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- HASTA EL 30/04/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto 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 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

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

OBSERVACIONES:

Durante el mes de FEBRERO de 2026 no se realizó facturación.

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**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entidad**	**Valor**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: S2 ARMANDO SANANDRES LEON	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	1.045.709.811	
CELULAR : 313 766 9873	**CORREO:** asanandres@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Acta de supervisión y Factura	X	1