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:	2/9/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	N DE SERVICIO Y/O MES	AGOSTO
No. de Contrato:	030-2026			VALOR	$		59.740.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-017-2026-HOMIL						
Objeto	Mantenimiento preventivo, correctivo general con suministro de repuestos no remanofacturados y demás reparaciones que se presenten y sean necesarias para la óptima prestación de los servicios de la entidad hospitalaria del sistema de correo neumático marca swisslog modelo: transponet tipo: 2 vias del Hospital Militar Central						
Nombre de Contratista	PROYNS SAS			NIT/ CC	860526532		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTÍA		
Cuenta Bancaria No.	209376964-92	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.19674451	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):	27/3/2026		

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
2026	133326	24/2/2026			173626	30/3/2026	BOG9792	21/8/2026		ACTIVOS FIJOS	$ 2.660.629
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 2.660.629

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL SESISCIENTOS VENTI NUEVE PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	$ 59.740.000,00			$ 45.716.263	$ 14.023.737
TOTAL CONTRATO	$ 59.740.000,00	$ -	$ -	$ 45.716.263	$ 14.023.737

Nombre del Supervisor: S2. SANANDRÉS LEÓN ARMANDO	Fecha de notificación: 02-05-2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 13/4/2026	FECHA DE TERMINACION 15/12/2026
Vigencia del Contrato:	2026	
Prorrogas:	1- 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension correspondiente al mes de AGOSTO, acuerdo planilla 94198881 del 10/08/2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 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

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
CARGAR EDIFICIO PRINCIPAL	N/A	N/A	CORREO NEUMATICO	MENSUAL	29/05/2026			
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	
			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: S2. SANANDRÉS LEÓN ARMANDO		
NÚMERO DE CEDULA:	1045709811	
3137669873		CORREO: asanandres@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	28
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	3