| 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: | 30/9/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | SEPTIEMBRE 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 009/2026 | | | VALOR | $ 15.037.000,00 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | MC-012-2026-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE MATERIAL DE CURACIÓN (APOSITO ABSORBENTE NO ADHERENTE, UNGÜENTO RICO EN ZINC, BAJALENGUAS DE MADERA Y APLICADORES DE MADERA CON PUNTA ALGODÓN, MANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES RIESGO DE CAIDAS, TOALLA PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN) REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | | | | | | |
| Nombre de Contratista | LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA | | | NIT/ CC | 830.061.856-1 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | | | Modalidad de Contratación | MINIMA CUANTIA | | |

| Cuenta Bancaria No. | Cuenta Bancaria No. | 4852003427 | Banco: | SCOTIABANK COLPATRIA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | NB-100436186 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS MUNDIAL | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 26/2/2026 | | | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| AÑO 2026 | 128426 | 16/1/2026 | | | 153926 | 23/2/2026 | FEV70168 | 07/09/2026 | ZG000000027895 | FTS | $ 2.550.000,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 2.550.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL 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 | $ 10.037.000,00 | $ 5.000.000,00 | | $ 12.546.000,00 | $ 2.491.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 10.037.000,00 | $ 5.000.000,00 | $ - | $ 12.546.000,00 | $ 2.491.000,00 |

| Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN | | Fecha de notificación: 01/07/2026 |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 27/2/2026 | 31/12/2026 |
| Vigencia del Contrato: | 30/6/2026 | |
| Prorrogas: | En tiempo<br>1-<br>2-<br>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 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 | 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 | N° 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 | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | |