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:	29/08/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO

No. de Contrato:	136-2025	**VALOR**	$ 362.696.100,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	Proceso de LICITACION PUBLICA N° LP-002-2025-HOMIL		
Objeto	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 06		
Nombre de Contratista	MUEBLES HOSPITALARIOS MB SAS	**NIT/ CC**	800.228.667-4
Clase de Contrato	Compra Venta	**Modalidad de Contratación**	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	123283731	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X

Garantía Cumplimiento :No.4	14-44-101239378	Aseguradora: Seguros del Estado

Fecha de aprobación de la Garantía: 08/07/2025

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
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA 2025	143125	24/02/2025	2414	27/06/2025	239825	27/06/2025					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRECIENTOS SESENTA Y DOS MILLONES SESECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	$ 362.696.100,00				$ 362.696.100,00
TOTAL CONTRATO	$ 362.696.100,00	$ -	$ -	$ -	$ 362.696.100,00

Nombre del Supervisor GILBERTO ROMERO ARDILA

Fecha de notificación: 14/07/2025

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	9/07/2025	30/09/2025
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecucion y seis meses mas	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión XXXXXXXXXX y riesgos profesionales XXXXXXXXXX Planilla N°XXXXXXXXXX correspondiente al mes XXXXXXXXXX
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes deXXXXXXXXX ; 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

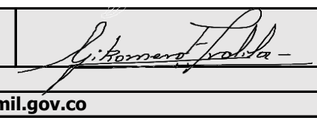
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES : En el mes de aGOSTO no se ejecuto el contrato, se encuentran terminando la fabricacion de las 39 camillas para realizar una sola entrega por parte del proveedor correspondiente al lote 06 de LICITACION PUBLICA N° LP-002-2025-HOMIL

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: GILBERTO ROMERO ARDILA	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 79406053		
CELULAR : 3212136164	CORREO: gromero@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de Ingreso		
Informe de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		
Certificacion Revisor Fiscal		
Certificacion Bancaria.		