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:	21/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Octubre de 2025

No. de Contrato:	249-2025	VALOR	$ 638.264.065,13
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-037-2025-HOMIL		
Objeto	CONTRATAR LOS TRABAJOS DE MANTENIMIENTO E IMPERMEABILIZACIÓN DE CUATRO (4) TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE, INCLUYENDO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TRECE (13) ESCALERAS METÁLICAS DE ACCESO Y LA INSTALACIÓN DE TAPAS DE CIERRE HERMÉTICO EN LOS TANQUES, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	GM INGENIERIA Y CONCRETO S.A.S.	NIT/ CC	901.263.698-7
Clase de Contrato	Contrato de Obra	Modalidad de Contratación	Selección Abreviada

Cuenta Bancaria No.	108900159592	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 97548 - 28104	Asegurador a (Si aplica):	Berkley International Seguros Colombia	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):

	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
2025	204825	28/07/2025	3323	30/09/2025	329725	30/09/2025	FA 105	21/11/2025	N/A	N/A	$ 181.238.491,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											$ 181.238.491,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento ochenta y un millones doscientos treinta y ocho mil cuatrocientos noventa y un pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 638.264.065,13			$ 181.238.491,00	$ 457.025.574,13
TOTAL CONTRATO	$ 638.264.065,13	$ -	$ -	$ 181.238.491,00	$ 457.025.574,13

Nombre del Supervisor: Ing. RENE HURTADO AGUILAR	Fecha de notificación: 13/11/2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	10/10/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato: Tres meses	Plazo de ejecución y seis meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales del **30/10/2025** Planilla N° **90726167** – correspondiente al mes septiembre-octubre de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo septiembre-octubre de 2025; 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 SATISFACCIÓN.

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

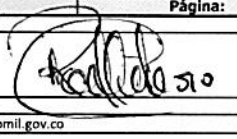
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (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	
			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: SV. RENÉ HURTADO AGUILAR		FIRMA:	
NUMERO DE CEDULA:	1.032.397.839		
CELULAR :	3178958904	CORREO:	rhurtado@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de actividades con sus soportes	X	107
Acta de supervisión y/o factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	2
Certificación Bancaria	X	1

Elaboró: Julio Alfonso