

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					PAGINA 1 DE 2									
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																
Fecha:	28/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO				MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE-2025							
No. de Contrato:	232/2025	VALOR			\$ 80.000.000											
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-031-2025-HOMIL															
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUYENDO REPARACIÓN GENERAL, TAPIZADO, PINTURA, CAMBIO DE PARTES, ESPUMADO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REPARACIÓN DEL MOBILIARIO DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.															
Nombre de Contratista	DIVIDISEÑOS S.A.S.				NIT/ CC		900.902.920-7									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA									
Cuenta Bancaria No.	108900192585	Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		X	Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	21-44-101481253	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	7/10/2025										
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 AÑO: 2025	164925	30/04/2025	3360	8/10/2025	333425	8/10/2025	ELEC238	5/11/2025	N/A	ACTIVOS FIJOS	\$	23.070.000,00				
							ELEC 243	24/11/2025	N/A	ACTIVOS FIJOS	\$	29.220.000,00				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$ 52.290.000,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA 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)					
VIGENCIA AÑO : 2025	\$ 80.000.000,00								\$ 52.290.000,00		\$ 27.710.000,00					
TOTAL CONTRATO \$ 80.000.000,00 \$ - \$ - \$ 52.290.000,00 \$ 27.710.000,00																
Nombre del Supervisor										PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN				Fecha de notificación: 3/09/2024		
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
			8/10/2025					10/12/2025								
Vigencia del Contrato:			Igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.													
Prorrogas:			En tiempo													
			1-													
			2-													
			3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 18/11/2025 y riesgos profesionales 18/11/2025 Planilla N° 91498286 – correspondiente al mes de Octubre-2025 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Octubre-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 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 detallada 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 / existencia s 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

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:			PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN 							
NÚMERO DE CEDULA:		79457913								
CELULAR :		3164941907				CORREO:		osanchez@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					X	2				
Pago de Seguridad Social					X	2				