

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:	12/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		DICIEMBRE-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:	DAVIENDA		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													
	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			
VIGENCIA AÑO: 2025	164925	30/04/2025	3360	8/10/2025	333425	8/10/2025	ELEC 250	12/12/2025	N/A	ACTIVOS FIJOS	\$ 27.615.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 27.615.000,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTISIETE MILLONES SEISCIENTOS QUINCE 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						\$ 79.905.000,00		\$ 95.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 80.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ 79.905.000,00		\$ 95.000,00					
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 relacionado 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 y 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: SE RECIBE EL MOBILIARIO A SATISFACCION LOS DIAS 9 Y 10 DE DICIEMBRE DE 2025.														
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexas el siguiente cuadro.														

10-12-25

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					CÓDIGO:		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	1			
Pago de Seguridad Social					X	2			