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:	ENERO-2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO-2026

No. de Contrato:	281/2025				VALOR	$ 21.908.000					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-199-2025-HOMIL										
Objeto	ADQUISICIÓN DE MESAS DE NOCHE Y MESAS DE COMEDOR PARA PACIENTES, PARA LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	INDUSTRIAL Y COMERCIALIZADORA COLMUEBLES S.A.S.				NIT/ CC	900172759-3					
Clase de Contrato	COMPRAVENTA				Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA					
Cuenta Bancaria No.	23170139216		Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-1004204447	Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	10/12/2025					

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	218425	4/09/2025	250527	16/01/2026	459125	26/11/2025					

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		$ -
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO: 2025	$ 21.908.000,00			$ -	$ 21.908.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 21.908.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 21.908.000,00**

Nombre del Supervisor	PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN	Fecha de notificación:	11/12/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	11/12/2025	**3/02/2026**	
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 _____ y riesgos profesionales _____ Planilla _____– correspondiente al mes de _____en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de _____; 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar): **NO SE PRESENTO MOVIMIENTO DE FACTURACION DURANTE EL PERIODO.**

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:	79.457.913		
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		
Pago de Seguridad Social		