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:	**12/12/2025**	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**DICIEMBRE 2025**

No. de Contrato:	**020-2025**	**VALOR**	**$ 10.735.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**MC-013-2025-HOMIL**		
Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISIÓN Y CALIBRACIÓN DE LOS ACTIVÍMETROS DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".**		
Nombre de Contratista	**COMERCIALIZADORA DE MATERIAL CIENTIFICO E INDUSTRIAL SAS**	**NIT/ CC**	**830.014.072-2**
Clase de Contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**	**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA**

Cuenta Bancaria No.	**03240755-3**	**Banco:**	**BANCO DE BOGOTA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 97122552	**Aseguradora (Si aplica): COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 25/03/2025**

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					
2025	134725	4/2/2025	1614	17/3/2025	160525	17/3/2025	FE 40555	11/12/2025	NA	NA	$ 1.341.875
							FE 40556	11/12/2025	NA	NA	$ 1.341.875
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 2.683.750**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SEIS CIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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	**$ 10.735.000,00**			**$ 10.735.000**	**$ -**
TOTAL CONTRATO	**$ 10.735.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 10.735.000,00**	**$ -**

Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodríguez	**Fecha de notificación: 27/03/2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	26/3/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	**Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Noviembre) 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Por error de digitación el área de activos fijos ingreso el numero de la factura 40556 invertido; por lo cual quedo ingresado como 04556

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

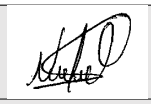
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Nubia Rojas Rodríguez	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	51.331.859	
CELULAR : EXT 5390	CORREO: nrojas@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	1