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:	29/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	nov-25
No. de Contrato:	132-2025			VALOR	$ 63.600.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-001-2025-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INSUMOS QUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIA 2025 LOTE 4						
Nombre de Contratista	RP DENTAL SA			NIT/ CC	811.022.474		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	00919376041	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.17447476	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/07/2025		

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					
AÑO 2025	136525	27/06/2025			239525	27/06/2025	RP98747	21/11/2025	24886	ZF000000022213	$ 3.780.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 3.780.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Tres millones setecientos ochenta mil pesos.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 63.600.000,00**			$ 3.780.000,00	$ 59.820.000,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)					
TOTAL CONTRATO	**$ 63.600.000,00**			**$ 3.780.000,00**	**$ 59.820.000,00**

Nombre del Supervisor: CAMILO MARTINEZ GONZALEZ	Fecha de notificación: 14/07/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 26/06/2025 — FECHA DE TERMINACION: 11/07/2025
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será 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 correspondiente al mes **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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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

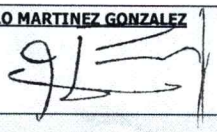
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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: **CAMILO MARTINEZ GONZALEZ**



NÚMERO DE CEDULA:	CC.74371932
CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		