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:	1/04/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**MARZO**

No. de Contrato:	331-2025	**VALOR**	**51.765.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-218-2025-HOMIL		
Objeto	"ADQUISICIÓN DE MEDIDOR DE RUIDO PARA ÁREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".		
Nombre de Contratista	DRAEGER COLOMBIA	**NIT/ CC**	900.194.910-4
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	04039789058	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101111469	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO SA	**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)	238825	7/11/2025			517525	30/12/2025					
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)	$ 51.765.000				$ 51.765.000
TOTAL CONTRATO	**$ 51.765.000**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 51.765.000**

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodriguez González		**Fecha de notificación:** 31/12/2025
Plazo de ejecución: 4 meses	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/12/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-Hasta el 30 de marzo del 2026	
	2-Hasta el 20 de abril del 2026	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N°** correspondiente al mes de noviembre y diciembre.
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/	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A														

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	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
N/A								

OBSERVACIONES:

Durante el mes de **febrero**, se presentó un retraso persistente en la entrega de los medidores de ruido debido a demoras en su proceso de importación.
En el mes de **marzo**, la entrega efectiva del equipo se consolidó el día 27. Tras su recepción, se inició de inmediato la configuración y programación del dispositivo. No obstante, las actividades de instalación y capacitación técnica permanecen pendientes, ya que requieren condiciones óptimas para garantizar el correcto funcionamiento del equipo y una transferencia de conocimiento efectiva al personal del Hospital.
Debido a lo anterior, se encuentra en trámite una prórroga contractual hasta el día **20 de abril de 2026**, con el fin de culminar satisfactoriamente el objeto del contrato.

a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	Nº 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: DIANA MARCELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ	
NÚMERO DE CEDULA:	52717479
CELULAR : 3158765316	**CORREO:** drodriguez@hamil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A

En lo que respecta