

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:	DICIEMBRE-2025	INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO	MÉS DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		DICIEMBRE-2025						
No. de Contrato:	316/2025		VALOR		\$ 35.000.000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-203-2025-HOMIL													
Objeto	SUMINISTRO DE CARROS PARA EL TRANSPORTE DE ROPA HOSPITALARIA Y CONTENEDORES PLASTICOS PARA EL ÁREA DE HOTELERÍA - LAVANDERIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	SOLUCIONES RAHES SAS		NIT/ CC		901357302-0									
Clase de Contrato	SUMINISTRO		Modalidad de Contratación		MÍNIMA CUANTÍA									
Cuenta Bancaria No.	23100000157	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	21-44-101488411	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	26/12/2025								
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	229425	30/09/2025	250648	6/01/2026	512725	21/12/2025								
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	\$ 35.000.000,00								\$ 35.000.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 35.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ 35.000.000,00					
Nombre del Supervisor PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN Fecha de notificación: 26/12/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 26/12/2025 FECHA DE TERMINACION 31/01/2026												
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 reacionado 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 s 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): DURANTE EL PERIODO NO SE PRESENTO MOVIMIENTO DE FACTURACION														
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:																	
<table><thead><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>N° FOLIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>						DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes			Acta de supervisión y/o Factura			Pago de Seguridad Social		
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS															
Informe de Actividades con sus soportes																	
Acta de supervisión y/o Factura																	
Pago de Seguridad Social																	