


| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|
| 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: | 2/02/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | FEBRERO-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): | COMPañIA MUNDIAL DE SEGUROS |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 10/12/2025 |

| VIGENCIA | INFORMACION 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 | FEV50973 | 2/02/2026 | N/A | ACTIVOS FIJOS | \$ 21.908.000 |

| | |
|------------------------------------|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | \$ 21.908.000 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: | VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE. |

| 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 2026/01/19 y riesgos profesionales 2026/01/19 Planilla N° 5307368 – correspondiente al mes de DICIEMBRE-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 (DICIEMBRE-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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

| 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 almacen) | 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

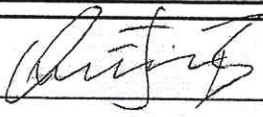
| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|------------------------|-------|-------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): SE RECIBEN LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO A SATISFACCION EL DIA 02 DE FEBRERO DE 2026.

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 |
| | | | | | | | | |

Donato B. C
3-2-26

| 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: | 79457913 | | | | |
| 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 | | X | 1 | | |
| Pago de Seguridad Social | | X | 1 | | |