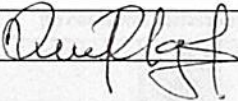


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	4/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ABRIL							
No. de Contrato:	295-2025			VALOR	5.933.850									
N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	MC-207-2025-HOMIL													
Objeto	"ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL -LOTE 3 Y LOTE 4"													
Nombre de Contratista	SOLUCIONES RAHES SAS			NIT/ CC	901.357.302-0									
Clase de Contrato	ADQUISICION			Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA									
Cuenta Bancaria No.	23100000157	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	21-44-101486872	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	10/12/2025								
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO (2025)	223525	9/12/2025			472825	5/12/2025								
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)	\$ 5.933.850								\$ 5.933.850					
TOTAL CONTRATO \$ 5.933.850 \$ - \$ - \$ - \$ 5.933.850														
Nombre del Supervisor:Diana Marcela Rodriguez González					Fecha de notificación:11/12/2025									
Plazo de ejecución: 4 meses		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		10/12/2025				31/12/2025								
Vigencia del Contrato:		En tiempo												
Prorrogas:		1-Hasta el 30/01/2026												
		2-Hasta el 22/04/2026												
		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 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)	ESTAD O (Instal ado/	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	OBSERVACIONES		
N/A														
OBSERVACIONES: De acuerdo con la información suministrada por el contratista, se continúa a la espera de la llegada de los elementos, en especial aquellos correspondientes al Lote 3, debido a consideraciones de orden técnico y comercial. En consecuencia, se determinó realizar una nueva prórroga el día 17 de abril de 2026, estableciendo como fecha de finalización el 30 de noviembre 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
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	N° 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