

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: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	30/4/2026	INFORME DE SUPERVISIÓN	X	TRAMITE PARA PAGO	N/A	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL 2026							
No. de Contrato:	029-2026			VALOR	\$			26.004.000						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	025-2026													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL SISTEMA DE VERTIDOS Y CALIBRACION INTENSIMETROS BIODIX Y LUDLUM													
Nombre de Contratista	RADIOLOGICAL PROTECTION SERVICES S.A.S.				NIT/ CC		900.430.367-7							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIO				Modalidad de Contratación		MINIMA CUANTIA							
Cuenta Bancaria No.	485969999237		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CSC-100063282		Aseguradora (Si aplica): SEGUROS MUNDIAL		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 16/04/2026										
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								
2026	139826	9/2/2026	1398	9/2/2026	182026	6/4/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	-		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VL. CONTRATO (A)		VL. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VL. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
2026	\$ 26.004.000								\$ 26.004.000,00					
TOTAL CONTRATO \$ 26.004.000 \$ - \$ - \$ - \$ 26.004.000,00														
Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodriguez						Fecha de notificación: 16/04/2026								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		16/4/2026					31/12/2026							
Vigencia del Contrato:		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social mediante certificación de fecha así mismo certifico que el/la contratista presente el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento 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/ existencias 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						

[illegible]

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): NO SE PRESENTARON MOVIMIENTOS AL MES DE DICIEMBRE 2025

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: Nubla Rojas Rodríguez

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA:

52.331.859

CELULAR : EXT 5390

CORREO: nrojas@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		
Pago de Seguridad Social		