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:	5/5/2026	INFORME DE SUPERVISIÓN	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL 2026

No. de Contrato:	008-2026	VALOR	$ 9.872.177
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-033-2026-HOMIL		
Objeto	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISIÓN Y CALIBRACIÓN DE LOS ACTIVÍMETROS DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".		
Nombre de Contratista	COMERCIALIZADORA DE MATERIAL CIENTIFICO E INDUSTRIAL SAS	NIT/ CC	830.014.072-2
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	03240755-3	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 97122552	Aseguradora (Si aplica): COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 25/03/2025

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					
2026	129626	19/1/2026	1553	27/2/2026	154826	27/2/2026					
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)
2026	$ 9.872.177,00			$ -	$ 9.872.177,00
TOTAL CONTRATO	$ 9.872.177,00	$ -	$ -	$ -	$ 9.872.177,00

Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodríguez	Fecha de notificación: 05/03/2026

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	5/3/2026	31/12/2026
Vigencia del Contrato:	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) 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 de del mes de (**MARZO**) 2026; 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION. Para el mes de marzo 2026 No se presentaron MOvimientos en el contrato relacionado a la presente Supervisión

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/ existencias 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):

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Nubia Rojas Rodríguez	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	51.331.859	
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	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1